

HELSINGIN YLIOPISTO

Kuntoutumisen polut psykososiaalisen asumispalveluiden asiakkaila

Tutkimusraportti

Yhteiskuntatieteiden maisteriohjelma
Sosaalityö

Laatijat:
Tekla Kurkela
Iidasofia Lehtinen
Fanny Tyskas

Ohjaaja:
Eve Orhanli
5.2.2026
Helsinki

Sisällysluettelo

1 Johdanto	2
2 Keskeiset käsitteet	4
2.1 Psykososiaalisuus ja kuntoutus osana sosiaalityötä	4
2.2 Sosiaalityön asiakkuus, palvelupolku ja sosiaalihuollon asumispalvelut	6
3 Aiempi tutkimuskirjallisuus koskien mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalveluita ja palvelupolkuja	9
4.1 Tutkimuksen lähtökohdat	12
4.2 Tutkimusetiikka	13
4.3 Tutkimusaineiston esittely ja analyysi	14
5 Tutkimuksen tulokset	23
5.1 Siirtymävaiheen palvelutasot	23
5.2 Päätymisvaiheen palvelutasot	25
6 Johtopäätökset ja pohdinta	28
Lähteet	32

1 Johdanto

Tässä käytäntötutkimuksessa tulemme tarkastelemaan kuntoutumisen polkuja psykososiaalisen asumispalvelun asiakkailta Päijät-Hämeen hyvinvointialueella. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millaisista asumispalveluiden tuenmuodoista asiakkaat siirtyvät eteenpäin tai jos asiakkuus on päättynyt, niin mistä syistä. Tutkimuksen tavoitteena on saada ymmärrystä ja tietoa asiakkaiden siirtymisistä palvelutasojen välillä ennen asiakkuuksien päättymistä. Tutkimuksen tarkoituksena ja tavoitteena on tuottaa tietoa hyvinvointialueelle psykososiaalisen kuntoutuksen asumispalveluiden tilasta ja toimivuudesta sekä tuoda esille mahdollisia kehittämistarpeita. Tätä tutkimustehtävää lähestymme seuraavan tutkimuskysymyksen kautta: *Millaisia palvelutasoja asumispalveluiden asiakkailta on ollut ennen palveluiden päättämistä?* Tutkimus perustuu Päijät-Hämeen hyvinvointialueen kerättyyn Excel-muodossa olevaan taulukkoaineistoon, jota analysoimme ristiintaulukoinnin avulla R-ohjelmaa hyödyntäen.

Päihde- ja mielenterveyteen liittyvät aiheet ovat yleisesti olleet ajankohtainen teema yhteiskuntapoliittisessa keskustelussa. Tutkimuksessamme tutkimme mielenterveys- ja päihdekuntoutujien psykososiaalisen kuntoutuksen asumispalveluita tilastollisesta näkökulmasta. Tutkimuksen aihe on ajankohtainen, sillä aiemmissä tutkimuksissa korostuu enemmän työntekijöiden näkemykset asiakkaiden omien näkemysten ja tilastollisten tietojen sijaan (ks. esim. Granfelt & Kiuru 2023; Granfelt 2022; Laisi 2021; Tuomaalan 2017; Juhila, Hall, Günther, Raitakari & Saario 2015). Ajankohtaisuutta lisäävät myös hallituksen leikkaukset sosiaali- ja terveyspalveluissa, jotka vaikeuttavat hoitoon pääsyä ja lisäävät yleistä julkisen terveydenhoidon kuormitusta, kun järjestöjen matalankynnyksen palvelujen toimintamahdollisuudet heikkenevät (Markkula 2025; Salo 2019) Samanaikaisesti viimeisimmät tilastot osoittavat, että suomalaisten mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet huolestuttavasti, erityisesti nuorten aikuisten keskuudessa (Parikka ym. 2025). Toisaalta tämä ei näy mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa, jossa tilastot ovat pysyneet viimeisen kymmenen vuoden aikana suhteellisen muuttumattomana (Sotkanet 2024). Myös vuonna 2023 toteutettu sote-uudistus on muuttanut palvelurakenteita järjestämisvastuun siirryttyä kunnilta hyvinvointialueille. Sote-uudistuksella on pyritty vähentämään eriarvoisuutta ja ihmisten välisiä hyvinvointi- ja tasa-arvoeroja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2024). Tästä huolimatta Suomessa on marginaalissa olevia ihmisiä, jotka jäävät palveluiden ja yhteiskunnallisen keskusteluiden ulkopuolelle. Helsingin sanomien (2025) tehdyn artikkelin mukaan mielenterveyspuhe on lisääntynyt Suomessa, mutta samalla eniten sairaimpien ihmisten ääni

jää varjoon yhteiskunnallisessa keskustelussa. Mielensterveyspuheiden alla keskustellaan useimmiten terveiden ihmisten tilanteista, jonka marginaaliin jäävät erityisesti pitkäkestoisista ja vakavista sairauksista mielensterveyshäiriöistä kärsivät ihmiset (Hahto 23.9.2025.) Myös hallituksen säästötoimenpiteet näkyvät sosiaaliturvan leikkauksina, jotka heijastuvat palveluiden saatavuuteen sekä työn vaikuttavuuteen (Heikkilä & Suoninen-Erhiö 2024, 6–7.) Mielensterveys- ja päihdeongelmiin liittyvä negatiivinen ja syyllistävä keskustelu ja stigma myös ylläpitävät häpeää sekä vaikeuttavat avun hakemista. Tärkeää olisikin purkaa mielensterveysongelmiin liittyvää stigmaa, ehkäistä eriarvoistumiskehitystä sekä vahvistaa luottamusta palvelujärjestelmää kohtaan ja lähiyhteisön sisäistä luottamusta, jotta avun hakemisen kynnyksiä voitaisiin madaltaa (Rissanen, Jurvansuu & Jalava 2026).

Päijät-Hämeen hyvinvointialueella psykososiaaliset palvelut on jaoteltu alakategorioihin: psykoosipalvelut, mielialahäiriöpalvelut, alaikäisten psykiatriset palvelut ja psykososiaalisen kuntoutuksen palvelut (Päijät-Hämeen hyvinvointialue, 2025a). Tässä tutkimuksessa keskitymme psykososiaalisen kuntoutuksen asumispalveluihin. Palvelu on tarkoitettu yli 18-vuotiaille mielensterveys- ja päihdekuntoutujille, joilla on pyrkimys päihitteettömyyteen.

Tutkimus toteutetaan käytäntötutkimuksena osana Helsingin yliopiston sosiaalityön maisteriopintojen käytäntötutkimuksen opintojaksoa yhteistyössä Päijät-Hämeen hyvinvointialueen kanssa. Päijät-Hämeen hyvinvointialue vastaa Asikkalan, Hartolan, Heinolan, Hollolan, Iitin, Kärkölan, Lahden, Orimattilan, Padasjoen ja Sysmään sosiaali- ja terveyspalveluista sekä pelastustoimesta. Päijät-Hämeen hyvinvointialue palvelee yli 200 000 asukasta. Käytäntötutkimusta ovat Helsingin yliopiston puolelta toteuttamassa sosiaalityön maisteriopiskelijat Iidasofia Lehtinen, Tekla Kurkela ja Fanny Tyskas, jotka toimivat tutkijoina. Päijät-Hämeen hyvinvointialueelta mukana käytäntötutkimuksen toimijoina ovat kehittämispäällikkö Tuula Carroll sekä psykososiaalisen kuntoutuksen asumispalveluiden palveluesihenkilö Heli Selkee.

Oma kiinnostuksemme aiheeseen kohtaan kumpuaa oman teoreettisen tiedon ja käytännön osaamisen myötä. Tutkijaryhmässämme on kokemusta psykiatria- ja päihdealalta sekä asunnottomuuspalveluista, joten osaamisemme perustuu moninaiisiin näkökulmiin kyseisistä asiakasryhmistä.

Tässä tutkimussuunnitelmassa tulemme ensin luvussa kaksi ja kolme avaamaan tutkimukseen liittyviä keskeisiä käsitteitä sekä aikaisempia tutkimuksia. Tämän jälkeen esittelemme yksityiskohtaisemmin tutkimuksen toteutuksen sen lähtökohtien, tutkimuseettisten

näkökulmien sekä tutkimuksen esittelyn ja analyysin kautta. Luvussa viisi esittelemme tutkimuksen tulokset. Lopuksi esittelemme tutkimuksen johtopäätökset.

2 Keskeiset käsitteet

2.1 Psykososiaalisuus ja kuntoutus osana sosiaalityötä

Psykososiaalisuudella tarkoitetaan sekä psyykkisiä että sosiaalisia tekijöitä (Duodecim 2016). Käsitteenä se on monitulkintainen ja kontekstisidonnainen, joka muuttuu ajasta ja paikasta riippuen. Psykososiaalisuus saakin käsitteenä erilaisia painotuksia eri elämäntilanteista ja sosiaali- ja terveysalalla olevista työtehtävistä katsoen. Täten sille ei tule luokitella yhtä ja tiettyä määritelmää (Granfelt & Kiuru 2023, s. 163–165.) Kuitenkin psykososiaalisen työn erityispiirteitä luonnehtii vuorovaikutus yksilön ja sosiaalisen ympäristön välillä. Psykososiaalisen työn pyrkimyksenä on saavuttaa asiakkaan ajatuksissa, sosiaalisissa tilanteissa ja toimintatavoissa tapahtuva muutos (ks. Granfelt & Kiuru 2023, s. 165; Moilanen, Annola & Satka 2020, s. 113; Granfelt 2022, s. 233.)

Sosiaalityössä psykososiaalisuus määrittyy vuorovaikutuksessa jäsenyväenä kokonaisvaltaisena lähestymistapana asiakas- ja työntekijäsuhteessa (Moilanen ym. 2020, s. 113). Luottamuksellinen vuorovaikutussuhde asiakas- ja työntekijäsuhteessa sekä pyrkimys jäsentää sosiaalityön tietoperustassa psykologian osuutta nähdäänkin keskeisinä elementteinä osana psykososiaalista työskentelyorientaatiota. Sosiaalityössä psykososiaalinen osaaminen painottuu etenkin asiakasryhmissä, jotka elävät yhteiskunnan marginaaleissa. Psykososiaalisessa työskentelyssä keskeistä on työntekijän pyrkimys ymmärtää asiakkaiden tilanteita ja kokemusten merkitystä. Nämä ydinelementit muodostavat pohjan sosiaalityössä työskentelyorientaatiolle, joka on samanaikaisesti välittävä ja asiakkaan kokonaistilannetta huomioiva (Granfelt & Kiuru 2023, s. 166.)

Sosiaalityössä on sovellettu etenkin päihde- ja mielenterveyspalveluiden kaltaisissa yksiköissä psykososiaalista lähestymistapaa. Päihdetyön näkökulmasta työntekijällä tulee olla ymmärrys päihderiippuvuudesta, taito soveltaa vuorovaikutustyön menetelmiä sekä samanaikaisesti ymmärtää palvelujärjestelmää. Täten psykososiaalisuus voidaan kuvata vaativana lähestymistapana. Kuitenkin taustaorganisaation reunaehdot määrittävät, millä tavoin kyseistä lähestymistapaa voidaan soveltaa käytännön tasolla. Tällaisia reunaehtoja voivat olla esimerkiksi kontrollitehtävät, jotka nousevat lainsäädännöstä (Moilanen ym. 2020, s. 113–114.)

Psykososiaalisuus on nähty myös edellytyksenä asumissosiaalisessa työssä, jossa lähestymistavan ytimessä tulkitaan olevan eri osatekijöiden suhteet asiakkaan elämäntilanteessa. Kokonaisvaltainen työskentelyote on psykososiaalisen lähestymistavan keskiössä, jossa huomioidaan asiakkaan elämäntilanteen eri osatekijöiden keskinäiset suhteet. Vuorovaikutustaidot, palvelujärjestelmän ymmärtäminen ja itsereflektion tärkeys ymmärretäänkin työskentelyn reunaehtoina monella tavoin vaativissa ja kuormittuneissa asiakkaiden parissa työskentelyssä (Granfelt 2022, s. 233, 243–244.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa päihde- ja mielenterveyteen liittyvät tematiikat ovat yhteen kietoutuneita sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kanssa. Sosiaalihuoltolaissa (2014/1301) ja terveydenhuoltolaissa (2010/1326) linjataan psykososiaalisen tuen olevan osan mielenterveystyötä. Sosiaalihuoltolain 25 §:n 2 momentin mukaan mielenterveystyöhön kuuluu yksilön ja perheelle kuuluva psykososiaalinen tuki sekä yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteissovittaminen, joka huomioi mielenterveyttä suojaavat ja vaarantavat tekijät. Terveydenhuoltolain 27 §:n 1 momentissa on säädetty hyvinvointialueen velvollisuudesta järjestää osana terveydenhoitoa neuvontaa ja ohjausta mielenterveyttä suojaavista ja vaarantavista tekijöistä, johon sisältyy yksilön, perheen ja verkoston psykososiaalinen sekä sen yhteensovittaminen.

Sosiaalinen kuntoutus on lakisääteinen palvelu, joka jokainen hyvinvointialue on järjestettävä sitä tarvitseville asiakkaille. Sosiaalinen kuntoutus on osa sosiaalityötä ja sosiaaliohjausta, jonka avulla pyritään tukemaan yksilön sosiaalista toimintakykyä ja parantamaan tai ylläpitämään elämäntilannetta. Sosiaalinen kuntoutus perustuu asiakkaan yksilölliseen toimintakykyyn ja kuntoutustarpeeseen (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 17 §.) Sosiaalisen kuntoutuksen juridinen määritelmä määrittelee myös, miten sosiaalista kuntoutusta määritetään sosiaalityössä, koska laki ohjaa palvelua ja sen sisältöä.

Kuntoutusta on olemassa monenlaisissa muodoissa: lääkinnällistä, ammatillista, sosiaalista ja kasvatuksellista kuntoutusta (Räsänen 2018). Kuntoutusta voidaan käsitteenä ymmärtää monella eri tavoin, mutta tässä tutkimuksessa kuntoutuksella tarkoitetaan kuntoutusta, joka on osana sosiaalityötä. Kuntoutusta osana sosiaalityötä voi myös kutsua sosiaalseksi kuntoutukseksi. Sosiaalisen kuntoutuksen käsite viittaa yleensä kuntoutuksen sosiaalisiin ulottuvuuksiin, jotka keskittyvät yleisesti yksilön ja yhteiskunnan välisiin suhteisiin. Sosiaalisen kuntoutuksen yleisenä tavoitteena on edistää yksilön toimijuutta, muun muassa ehkäisemällä syrjäytymistä ja vahvistaa sosiaalista toimintakykyä sekä osallisuutta yhteiskunnassa (Lindh & Hautala, 2022.)

Sosiaalisen kuntoutuksen tarpeen tausta voi vaihdella. Sosiaalista kuntoutusta voi tarvita sairauden tai vammaisuuden seurauksena. Sen tarve voi myös johtua pitkään jatkuneen sosiaalisten ongelmien vuoksi, kuten esimerkiksi päihdeongelman, rangaistavan teon syyllistymisen vuoksi tai mielenterveyskuntoutumisen takia (Kananaja 2024, s. 36.) Kun kuntoutusta järjestetään osana sosiaalityötä ovat asiakkaat usein ajautuneet sosiaalisen kuntoutuksen tuen piiriin pitkään jatkuneen sosiaalisten ongelmien seurauksena (Sosiaali- ja terveysministeriö 28.5.2024, s. 70). Tällöin pääpaino kuntoutuksessa on sosiaalisen toimintakyvyn edistämisestä tai ylläpitämisestä, kuin toimintakyvyn edistämisessä kaikilla tavoin osana sairauden tai vammaisuuden hoitoa. Sosiaalisessa kuntoutuksessa pyritään tukemaan yhteiskunnan pelisääntöjen noudattamisessa, riippuvuuksien hallinnassa, arkielämän päivittäisissä toiminnoissa sekä vuorovaikutustaitojen oppimisessa tai vahvistamisessa. Lisäksi se tukee toimintaympäristön edellyttämiä toimintoja, kuten erilaisten yhteiskunnallisten palvelujen käyttäminen (Lindh & Hautala, 2022; Kananaja 2024, s. 36.)

Oleellinen osa sosiaalista kuntoutusta on myös yksilön sosiaalisen kontekstin huomioiminen, joka tarkoittaa, että yksilön sosiaalisia suhteita sekä yksilön yhteyksiä yhteiskuntaan tulisi yrittää parantaa tai ylläpitää (Räsänen 2018, s. 23). Sosiaalisella kuntoutuksella on näin ollen vahva suhde yhteiskuntaan ja osallisuuteen yhteiskuntaan, muun muassa aktivointi- ja työllistymispalvelujen kautta (Räsänen 2018, s. 31). Osana sosiaalisen kuntoutuksen erityistoimenpiteenä on myös asumispalvelut (Räsänen 2018, s. 23), jotta tarkastelemme tässä tutkimuksessa.

Tässä tutkimuksessa tutkimuskohteena ovat mielenterveys- ja päihdekuntoutujat, jotka eivät Kananajan (2024) mukaan kuulu ”perinteisiin” kuntoutusta tarvitseviin ryhmiin sairauden tai vammaisuuden takia. Sosiaalista kuntoutusta voidaan järjestää osana sekä päihde- ja riippuvuustyötä että mielenterveystyötä. Sosiaalista kuntoutusta osana päihde- ja riippuvuustyötä tulee järjestää 24 § ja 24 a § sosiaalihuoltolain mukaisesti. Päihde- ja riippuvuustyötä ohjaavat myös päihdehuoltolain (41/1986) säännökset. Sosiaalista kuntoutusta osana mielenterveystyötä tulee järjestää 25 § sosiaalihuoltolain (1301/2014) mukaisesti sekä soveltaa mielenterveyslain (1116/1990) säännöksiä.

2.2 Sosiaalityön asiakkuus, palvelupolku ja sosiaalihuollon asumispalvelut

Asiakkuutta käsitteenä voidaan tarkastella kahdesta hieman erilaisesta näkökulmasta, riippuen käsitelläänkö asiakkuutta sosiaalihuollon ja palveluntarjoajan kautta vai asiakkaan

henkilökohtaisen kokemuksen kautta. Käytännössä asiakkuus ja sosiaalityö tulevat osaksi ihmisten elämää asiakkuusprosessien myötä (Juhila, 2018, s. 24). Sosiaalihuoltolain (1304/2014) 34§ mukaan sosiaalihuollon asiakkuus alkaa hakemuksesta, tai kun muulla tavoin vireille tullutta asiaa ryhdytään käsittelemään tai henkilölle annetaan sosiaalipalveluja.

Asiakkaalla asiakkuuteen saattaa liittyä monia erilaisia tunteita ja reaktioita. Tunteet saattavat vaihdella toivosta ja luottamuksesta myös pettymykseen, häpeään ja vihaan. Asiakas saattaa kokea epäonnistuneensa joutuessaan sosiaalihuollon asiakkaaksi sekä epävarmuutta tulevasta. Negatiivinen stigma asiakkuuteen liittyy osin yhteiskunnan leimaavuudesta, ihmisten asenteista ja kuulluista huonoista kokemuksista (Laitinen & Niskala, 2017, s. 130–131). Asiakkuuden myötä ihminen saattaa kokea olevansa haavoittuvaisempi, jolloin myös epäonnistumiset voivat vahvemmin konkretisoitua.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) pyrkii takaamaan kaikille asiakkaille samat oikeudet ja yhtäläisen kohtelun sosiaalihuollossa. Lailla on tarkoitus edistää asiakkaiden oikeutta hyvään sosiaalipalveluun sekä sitouttaa asiakas ja työntekijä yhdessä sovittuihin päätöksiin ja palveluihin (Laitinen & Niskala, 2017, s. 11). Asiakkuuden ydinteemat sosiaalityössä ovat muun muassa yhdenvertaisuus, inhimillisyys, laillisuus ja vallan eri ulottuvuudet ja niiden huomioiminen. Asiakkuus rakentuu asiakkaan ja sosiaalityöntekijän muodostuvaan suhteen, yhteistyön, vuorovaikutuksen varaan. Valta-asetelmat, kontrolli ja tuki voidaan nähdä työssä negatiivisessa valossa, mutta keskiössä pitäisi olla asiakkaan tukeminen ja auttaminen (Laitinen & Pohjola, 2010, s. 11–14.)

Asiakaslähtöisyys kytkeytyy myös palvelupolkuun. Asiakaslähtöisen palvelupolun tarkoituksena on tunnistaa monialaisia palveluita tarvitsevat henkilöt. Asiakaslähtöisessä palvelupolussa kartoitetaan asiakkaan elämäntilannetta ja yksilöllisiä tarpeita sekä voimavaroja palveluiden sitoutumiseen. Keskeistä on varhainen ennakointi asiakkaan monialaisesta palvelutarpeesta ja sen käytöstä, jotta on mahdollista ehkäistä monialaisen palvelutarpeen muodostumista ja sen käyttöä. Varhaisen ennakkoinnin avulla varmistetaan myös palveluprosessin jatkuminen. Tarpeiden tunnistaminen ei kuitenkaan ole riittävä ratkaisu asiakkaan ongelmiin tai elämäntilanteeseen, jonka vuoksi palveluprosessin jatkuminen asiakkaalla on tärkeä varmistaa tarpeiden tunnistamisen jälkeen (Koivisto & Tiirinki 2020, s. 13.)

Palvelupolussa tarkastellaan laajemmin palvelujen järjestämistä, eikä se niinkään ole kontekstisidonnainen tai tiettyyn sairauteen sidottu määritelmä. Palvelupolussa asiakkaan

hoito- ja palveluprosesseja koordinoidaan ja organisoidaan poikkitieteellisesti – yli organisaatio, sektori- ja ammattirajojen. Sen tarkoituksena on kyetä vastaamaan asiakkaan tarpeisiin turvaamalla palveluiden jatkuvuus, laadukkuus ja asianmukaisuus. Asiakaslähtöisyys on palvelupolun lähtökohtana ja tavoitteena, jota toteutetaan yhteistyön ja integraation avulla, jossa huomioidaan asiakkaalle tarvittavat palveluntarjoajat. Tunnistamalla asiakkaiden palvelutarpeet, ja sen myötä palvelupolut nähdäänkin yhtenä mahdollisuutena sekä kehittää että kohdentaa palveluita uudistamista vaativiin paikkoihin (Hurjala & Lammintakainen 2018, s. 7, 20.) Palvelupolku voi muodostua esimerkiksi asiakkaan kanssa tehdyn suunnitelman vaiheistamisella. Tällaisen palvelupolun viimeisenä vaiheena asiakkaan kanssa laaditussa suunnitelmassa on palveluista irtaantuminen ja asiakkuuden päättyminen (Juhila 2018, s. 68.) Tässä tutkimuksessa tarkastelemme asiakkaiden asiakkuuksien palvelutasoja päättymisvaiheessa.

Yksi sosiaalityön kuntoutuksen muoto on asumispalvelut, jotka ovat sosiaalihuoltolain mukaisia sosiaalipalveluja, joilla pyritään tarjoamaan henkilölle apua ja tukea, mikäli hän ei pysty itsenäisesti asumaan kotona (Sosiaali- ja terveysministeriö, 14.02.2025). Asumispalveluilla halutaan edistää kuntoutujien itsenäistä elämää ja päätöksentekoa, nykypäivän asumisen peruskriteerit täyttävissä asunnoissa. Palvelun erityisenä tehtävänä on edistää kuntoutujan asumisen ja elämisen “kodinomaisuutta” (Salo, 2019, s. 24–25). Asumispalvelut jaetaan lain mukaan kolmeen eri palveluun: tuettuun asumiseen, yhteisölliseen asumiseen ja ympärivuorokautiseen asumiseen (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 21 a-c §).

Tuetussa asumisessa henkilölle tarjotaan apua itsenäiseen asumiseen. Kotiin vietävät palvelut ja tuki ovat kevyin asumispalveluiden muodoista. Tuetussa asumisessa työntekijä vierailee asiakkaan luona sovittuina aikoina huolehtimassa määrätyissä tehtävissä. Yhteisöllinen asuminen on hyvinvointialueen tarjoama palvelu, jossa henkilölle tarjotaan asuminen esteettömässä ja turvallisessa asumisyksikössä (Sosiaali- ja terveysministeriö, 14.02.2025). Palvelu voi sisältää erilaista sosiaalista toimintaa, kuten vertaisryhmätoimintaa ja arkea tukevaa yhteisöllistä toimintaa. Ympärivuorokautista asumista tarjotaan paljon apua ja valvontaa tarvitseville henkilöille. Palvelu voidaan toteuttaa turvallisessa hoivakodissa, palvelukodissa tai vastaavassa asumisyksikössä, jossa henkilö voi saada välitöntä apua tarvittaessa (Sosiaali- ja terveysministeriö, 14.02.2025.)

3 Aiempi tutkimuskirjallisuus koskien mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalveluita ja palvelupolkuja

Asiakasryhmänä mielenterveys- ja päihdekuntoutajat ovat haasteellinen ryhmä palvelujärjestelmän näkökulmasta, sillä samanaikainen mielenterveys- ja päihdeongelman hoito haastaa palvelujärjestelmää, koska asiakas voi ajelehtia vuorotellen mielenterveys- ja päihdepalvelujen välillä. Riskinä tässä on, ettei asiakas saa tarvitsevansa palveluita tai putoaa kokonaan palveluiden väliin (Günther & Ranta 2019, s. 219–220.) Günther & Ranta (2019) ovat heidän tutkimuksessaan tarkastelleet ammattilaisten keskusteluja asiakkaiden siirtymisestä mielenterveys- ja päihdepalveluiden tuetuissa asumisyksiköissä. Tutkimuksen tarkoitus oli luoda ymmärrystä siitä, miksi asiakkaat siirtyvät palveluista toiseen mielenterveys- ja päihdetyössä. Tutkimuksen tuloksena oli, että mielenterveys- ja päihdepalveluissa haasteena on vastata asiakkaiden tarpeisiin ja se vaikuttaa heidän kuntoutukseensa, koska asiakkailta, joilla on sekä mielenterveys- että päihdeongelmia saavat huonommin pitkäjänteistä ja kokonaisvaltaista tukea. Tunnusomaista mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palvelupoluissa oli, että heidän hoidoissaan koostuivat lyhyistä hoitajaksoista eri palveluissa. Tuettu asuminen kuntoutuksen muotona näyttäytyi kuitenkin parantavan asiakkaiden kuntoutumispolkua (Günther & Ranta 2019, s. 221–222; 247–248.) Tässä tutkimuksessa haluamme tuktia, millä palvelutasolla asiakkaiden asiakkuus on päättynyt.

Koivisto & Tiirinki tutkimushankkeen väliraportti Monialaisten palvelutarpeiden tunnistamisen ja ennakoinnin toimintamallit ja työkalut – väliraportti (2020) käsittelee monialaisia palveluja tarvitsevia asiakkaita ja heidän tarpeitaan sosiaali- ja terveystalveluissa. Raportin mukaan monialaisia palveluja tarvitsevien asiakkaiden määrittelyn tulisi perustua palvelujen määrän arvioinnin sijaan laaja-alaiseen palvelutarpeen arviointiin. Kirjoittavat kokevatkin, ettei nykyinen lainsäädäntö ja sosiaali- ja terveystalvelujen käytännöt tue riittävästi palvelujen integraatiota, saumattomuutta ja yksilöllisyyttä (Koivisto & Tiirinki, 2020.) Monet vaikeasti päihdeongelmaiset ihmiset kokevat kuntoutuksen katkeavan useaan kertaan ilman, että päihdehuolto pystyy tarjoamaan apua. Päihdekuntoutukseen, kuten moneen muuhunkin sosiaalitalveluun, kohdistuu tehokkuusvaatimus, joka ohjaa asiakasta etenemään ja saavuttamaan tuloksia nopeasti. Tehokkuus näkyy asiakkaan kuntoutussuunnitelmassa, jolla ei kuitenkaan pystytä tarjoamaan välttämättä asiakaslähtöisiä ja realistisia tavoitteita. Tämän seurauksena kuntoutus katkeaa (Laitinen & Niskala, 2017, s. 401–404.) Meidän tutkimuksessamme olemme kiinnostuneita tutkimaan, miksi palveluista poistutaan. Täten

meidän tutkimuksemme täydentää Koiviston ja Tiiringin (2020) sekä Laitisen ja Niskalan (2017) tutkimuksia.

Tuomaalan tutkimusartikkeli ”Vapaasti valittua elämää? Asiakkaiden toimivuus asunto ensin-palveluissa” (2018) tutkii, kuinka asukkaiden toimijuus, valinnanvapaus ja osallisuus onnistuvat ja toteutuvat käytännössä yhteisöllisessä asumisessa. Tutkimus perustui yhdessä asumisyksiköissä tehtyihin asukkaiden ja työntekijöiden haastatteluihin. Tuomaalan tutkimuksen tulokset osoittivat, että asumisyksikön asukkaiden valinnanvapaus näyttäytyi aineistossa ehdollisena ja rajattuna – erityisesti valinnan mahdollisuuksien valikoima oli tutkimuksen asukkaiden mielestä varsin rajallinen. Tuomaala otti esille, kuinka asukkaiden autonomia ja vapaus on asumisjärjestelyiden yhteydessä jollain tapaa jatkuvasti uhattuna, sillä instituution säännöt ja henkilökunta rajaavat sitä. Palvelukäyttäjät muovataan usein kuluttajiksi, joiden kuuluisi tehdä itsenäisesti rationaalisia valintoja eri palveluvaihtoehdoista, vaikka palvelut eivät aina taivu asiakkaiden tarpeisiin. Mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidon pitäisi rakentua luottamukselle, sillä hyvällä asiakaskokemuksella on suora yhteys hoidossa pysymiseen ja koettuun hoidon vaikuttavuuteen (Tuomaalan 2017; Viertiö ym. 2023.) Tutkimuksemme tuokin Tuomaalan (2017) ja Viertiön ym. (2023) näkemyksiin uutta näkökulmaa, nostamalla esille, kuinka paljon asiakkaita on päättänyt asiakkuuden muista syistä kuin, että he ovat kuntoutuneet.

Vuosien varrella on tehty erilaisia selvityksiä mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalveluista. Väyrynen & Kuronen (2014) ovat tarkastelleet miten psykiatrisen asiakkaiden määrää on vaihdellut 2006–2013 välillä, ja kuinka iso osa asiakkaista ovat olleet ympärivuorokautisissa asumispalveluissa. Tutkimus tuo esille, että sinä aikavälillä mielenterveyskuntoutujien ympärivuorokautiset palvelut ovat olleet nousussa ja ei-ympärivuorokautiset palvelut sen sijaan laskussa (Väyrynen & Kuronen 2014, s. 10.) Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos on todennut vuonna 2024 julkaistussa raportissaan, että 2015–2020 välillä mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden ympärivuorokautinen tarve on pysynyt suhteellisen samana. Vuodesta 2020 vuoteen 2024 osa asiakkaista oli siirtynyt ei-ympärivuorokautisiin asumispalveluihin, mutta merkittävä osa asiakkaista olivat myös menehtyneet. Muita poistumisen syitä mielenterveyskuntoutujien palveluasumisesta oli, että asiakkaat olivat siirtyneet iäkkäiden ympärivuorokautiseen palveluasumiseen tai muihin sosiaalihuollon laitos- ja asumispalveluihin. Noin 15 % poistuneista asiakkaista ei ollut tietoa, miksi he ovat poistuneet palveluasumisesta (Mielikäinen & Kuronen 2025, s. 13.)

Tutkimuksemme tuokin uutta ajankohtaista tietoa mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalveluista sekä niiden siirtymisistä palveluiden päättymisvaiheessa.

Wahlbeck ym. (2017) ovat tarkastelleet tutkimuksessaan, minkälaisia muutoksia on tapahtunut aikuisten ympärivuorokautisissa mielenterveyspalveluissa HUS-alueella 2012–2014. Selvityksessä ilmenee, että mielenterveyskuntoutujille suunnatut asumispalvelut ovat lisääntyneet, kun psykiatrian sairaalapaikat ovat vähentyneet. Suurin muutos on kuitenkin tapahtunut päihdekuntoutujien asumispalveluissa psykiatrian sairaalapaikkojen vähentyessä, jotka ovat lisääntyneet 67 % (Wahlbeck ym. 2017, s. 1429.) Mielenterveyskuntoutujien suunnatuissa asumispalveluissa tavoitteena on, että asiakas siirtyisi tuetummasta asumismallista kohti vähemmän tuettua asumista, mutta tutkimuksen tuloksissa oli vain havaittavissa lievää siirtymistä vähemmän tuettuihin asumismuotoihin. Tutkimus tuo esille mielenterveyskuntoutujien jäävän usein yhteen asumispalveluun pitkäksi ajaksi. Yksi päätelmä tähän oli, että psykiatristen sairaalapaikkojen hoiva on siirtynyt osastolta ryhmämuotisiin asumispalveluihin. Tämän seurauksena aito itsenäinen asuminen ei lisääntynyt, eivätkä asiakkaat siirty kevyempiin tukipalveluihin (Wahlbeck ym. 2017, s. 1429–1430.) Tutkimuksemme tutkimme millaisissa palveluissa ja minkä tasoisia palveluja asiakkailla on ollut ennen asiakkuuden päättymistä, mikä täydentää Wahlbeckin ym. (2017) tutkimusta uudella ajankohtaisella tiedolla asiakkaiden siirtymisistä mielenterveys- ja päihdekuntouttajien psykososiaalisen kuntoutuksen asumispalveluissa.

Raitakarin ja Güntherin artikkelissa ”Mielenterveysasiakkaan asema portaikkomallin ja Asunto ensin -mallin asumispoluilla” (2015) jäsennetään kahta asumispolkua: portaikkomallia (*eng. staircase model*) sekä kotona asumiseen ja kotikäyntityöhön perustuvaa Asunto Ensin (*eng. Housing First*) -mallia. Artikkelissa pohditaan miten mielenterveysongelmat, niistä toipuminen sekä turvallinen asuminen usein vahvasti vaikuttavat toisiinsa, ja kuinka monet mielenterveyspotilaat Suomessa saavat joko apua kotona asumiseen, asuvat tuetussa asumisessa tai ovat asunnottomia. Raitakarin ja Güntherin (2015) toteuttama tutkimus pyrkii analysoimaan, eroaako asiakkaan asema eri asumispoluilla. Tutkimuksen tulos viittaa siihen, että Suomessa palvelujärjestelmän pitäisi tarjota erilaisia asumispolkuvaihtoehtoja ja erilaisia pysyvän kodin mahdollisuuksia. Toipumisen kannalta asumisessa on keskeistä vaihtoehtojen olemassaolo, asiakkaan turvallisuudentunne sekä asiakkaan itsemääräämisoikeus ja sen kuunteleminen (Raitakari & Günther, 2015.) Raitakari ja Günther (2015) tuovat myös esille, kuinka yhteiskunnallisessa keskustelussa ei pitäisi liikaa erottaa mielenterveystyötä ja asumispalveluita, sillä mielenterveysongelmista toipuminen ja asumisen onnistuminen ovat

yhteydessä toisiinsa ja samalla onnistuneessa palvelussa ne myös vahvistavat asiakkaan asemaa yhteiskunnassa. Tutkimuksemme tarkoitus on täydentää tätä tutkimusta selvittämällä, onko asiakkaita psykososiaalisen kuntoutuksen asumispalveluista, joiden kuntoutumisesta ja palveluiden päättymisen syistä ei ole tietoa.

4 Tutkimuksen toteutus

4.1 Tutkimuksen lähtökohdat

Olemme toteuttaneet tutkimuksemme yhteistyössä Helsingin yliopiston sosiaalityön maisteriohjelman ja Päijät-Hämeen hyvinvointialueen psykososiaalisen kuntoutuksen asumispalvelun yksikön kanssa. Sosiaalityön käytäntötutkimuksessa tutkimuksen aihe ja tarve on syntynyt käytännön sosiaalityössä (Joubert & Webber, 2020) – niin myös tässä tutkimuksessa. Tutkimuksen tarkoitus on saada tietoa millaisissa asumispalveluissa asiakkaat ovat olleet ennen palveluiden päättämistä, sekä miksi asiakkaiden asumispalvelut ovat päättyneet. Tutkimuksen tavoite on tuottaa tietoa hyvinvointialueelle psykososiaalisen kuntoutuksen asumispalveluiden tilasta ja toimivuudesta, ja sen myötä myös tuoda esille palveluiden kehittämistarpeita. Tutkimuksen tarkoitusta ja tavoitetta olemme lähestyneet seuraavan tutkimuskysymyksen kautta: *Millaisia palvelutasoja asumispalveluiden asiakkailla on ollut ennen palveluiden päättämistä?*

Tutkimusta on suunniteltu yhdessä Päijät-Hämeen hyvinvointialueen edustajien kanssa 1.10.2025 ja 10.10.2025 Teams-yhteyden välillä. Marraskuussa (7.11.2025) meillä oli lähitapaamien Lahdessa työyhteisön toimipisteellä, jolloin päivitimme työyhteisölle tutkimuksen tilaa sekä saimme heiltä palautetta tutkimusraportin luonnoksesta. Tämän lisäksi käsittelemme yhdessä tutkimukseen liittyvät muut hallinnolliset asiat. Muutoin yhteistä keskustelua tutkimuksen etenemisestä on tapahtunut sähköpostin välityksellä.

Teimme yliopistolle tutkimusraportista posterin, jonka esittelimme Helsingin yliopistolla 18.01.2025 posteriseminaarilla. Itse posterin lähetimme työyhteisölle sähköpostin välityksellä. Posterin julkaistaan myös verkossa. Teemme myös työyhteisölle diaesityksen tutkimusraportista, jonka esittelemme työyhteisölle 13.3.2026. Itse tutkimusraportti julkaistaan Helsingin yliopiston verkkosivuilla. Tutkimustuloksien myötä työyhteisö saa yleistä tietoa psykososiaalisen kuntoutuksen asumispalveluiden asiakkaiden päättymisvaiheen palvelutasoista sekä niiden kehittämistarpeista.

Tutkimus toteutettiin ryhmätyönä kolmen opiskelijan välillä. Tutkimuksen taustan jaoimme omiin vastuualueisiin, joista jokainen ryhmän jäsen oli sovitusti vastuussa – sekä tiedon etsimiseen että tekstin kirjoittamiseen liittyen. Omista vastuualuista huolimatta, luimme, korjasimme ja täydensimme yhtenäisesti toistemme tekstejä. Myös muut kirjoitusosiot jaoimme keskenämme. Johdannon, johtopäätökset ja pohdinnan sekä tutkimuksen analyysin kirjoitimme yhdessä. Tutkimusraportti kokonaisuudessaan luettiin ja viimeisteltiin yhdessä.

4.2 Tutkimusetiikka

Etiikka ja eettiset kysymykset ovat tärkeä ja oleellinen osa tutkimusta, jota tulee huomioida tutkimuksessa alusta loppuun saakka. Tutkimuksessamme olemme huomioineet Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) hyvien tieteellisten käytäntöjen yleiset eettiset periaatteet, jotka sisältävät luotettavuuden, rehellisyyden, arvostuksen ja vastuunkantamisen (TENK 2023, s. 12). Ennen tutkimuksen toteuttamista huolehdimme, että meillä on tarvittavat luvat tutkimuksemme toteuttamiseen (TENK 2023, s. 13).

Päijät-Hämeen hyvinvointialue oli kerännyt meille valmiin materiaalin, joka oli työntekijöiden toimesta pseudonymisoitu. Materiaali luovutettiin meille asiakkaiden asiakastunnuksilla, mutta anonymisoimme materiaalin poistamalla asiakastunnukset ennen itse analyysiä. Materiaali sisälsi myös tietoa ostopalvelujen asumisyksiköiden nimistä, mutta asiakkaiden henkilöllisyyksien turvaamiseksi niitä ei ole käytetty itse analyysissä. Tutkimuksen tarkoitus ei myöskään ole esittää ostopalveluita huonommassa tai paremmassa valossa, vaan selvittää ja tuottaa tietoa asiakkaiden eri kuntoutumispoluista psykososiaalisen kuntoutuksen asumispalveluissa ja asumispalveluiden palvelutasoista. Tämän vuoksi ostopalveluiden nimiä ei ole eettistä, eikä myöskään tarkoituksenmukaista mainita tutkimuksessa. Asiakkaiden iät oli jaettu ikäluokkiin 18-75+, jotka jaoimme itse harvempiin kategorioihin, jotta asiakkaat eivät olisi ikänsä perusteella tunnistettavissa.

Tutkimuksen aineistoa säilytimme Helsingin yliopiston verkkolevytilalla Z-asema, joka on henkilökohtainen levytila, johon muut ihmiset eivät pääse käsiksi. Ainoastaan tutkijoilla oli pääsy aineistoon henkilökohtaisen Z-aseman kautta. Aineisto tullaan tuhoamaan tutkimuksen valmistumisen jälkeen, eikä aineistoa tulla käyttämään muuhun tarkoitukseen, kuin tähän kyseiseen tutkimukseen. Itse tutkimuksen analyysin toteuttamisessa saimme apua Helsingin yliopiston tilastotieteiden professori Laszlo Vinczelta. Professori Vincze on ainoastaan nähnyt anonymisoidun tutkimusmateriaalin tutkimuseettisistä syistä, eikä hänellä ole ollut pääsyä itse tutkimusaineistoon.

Mielenterveys- ja päihdekuntoutajat ovat ennestään haavoittuvainen ryhmä yhteiskunnassa. Tämän vuoksi on erityisen tärkeää pohtia, miten asiakasryhmästä puhutaan ja minkälaisia käsitteitä tutkimuksessa käytetään. Tutkimuksessamme on tärkeää puhua mielenterveys- ja päihdekuntoutujista kunnioittavasti, jotta heidän asemaansa ei tutkimuksen myötä heikennetä tai stigmaa, joka liittyy sekä mielenterveysongelmiin että päihdeongelmiin ei vahvistu.

Tutkimusetiikan näkökulmasta on tärkeää, että tiede on avointa, sillä sen avulla voidaan edistää tieteen luotettavuutta, vaikuttavuutta ja laatua (Helsingin yliopisto, i.a). Tutkimus tullaan julkaisemaan Helsingin Yliopiston omilla verkkosivuilla. Tämän takia on keskeistä, että tutkimus toteutetaan huolellisesti ja arkaluontoisia tietoja käsitellään sensitiivisesti.

4.3 Tutkimusaineiston esittely ja analyysi

Tutkimuksessa käytetty määrällinen aineisto saimme valmiina Päijät-Hämeen hyvinvointialueelta. Tutkimuksen aineisto oli kerätty Päijät-Hämeen hyvinvointialueen psykososiaalisen kuntoutuksen asumispalveluiden työntekijöiden toimesta Excel-taulukkoon. Tilastoa kerätään jatkuvasti työntekijöiden toimesta tukemaan hyvinvointialueen tiedon tuottamista ja palveluiden seuraamista. Psykososiaalisen kuntoutuksen asumispalveluissa kerätään tietoa asiakkaiden tulositystä palveluun, asiakkaiden palveluiden ja palvelutasojen muutoksista sekä asiakkaiden poistumisen syistä. Tilastointia on aloitettu alustavasti keräämään vuonna 2020, mutta vasta 1.1.2025 lähtien tilastointi on tehty yhdenmukaisesti ja kattavasti kaikkien muuttujien kannalta. Tämän vuoksi päädyimme käyttämään ainoastaan psykososiaalisen kuntoutuksen asumispalveluiden tilastot vuodelta 2025. Tutkimuksessamme tarkastelemme psykososiaalisen kuntoutuksen asumispalveluiden asiakkaiden palvelutasoja ennen asiakkuuden päättymistä, jonka vuoksi tutkimuksen aineistoon on sisälletty ainoastaan ne asiakkuudet, jotka ovat tänä vuonna päättyneet. Tutkimuksen aineiston asiakkuudet ovat päättyneet aikavälillä 1.1.2025-30.10.2025 ja aineiston laajuus on yhteensä 80 asiakkuutta.

Aineisto, joka meille toimitettiin valmiina tutkimusluvan myöntämisen jälkeen, sisälsi asiakkaiden asiakastietojärjestelmän asiakastunnukset, ostopalveluiden asumisyksiköt mistä asiakas on viimeksi muuttanut, asumisyksiköiden palvelutaso, yksikkö tai paikka mihin asiakas on muuttanut tai päätynyt asiakkuuden päättymisen yhteydessä sekä sen yksikön tai paikan palvelutaso. Näiden lisäksi aineisto sisälsi myös tietoa asiakkaiden poistumisen syyille syykoodeittain, päivämäärät milloin asiakkuus on päätynyt sekä mihin ikäryhmään asiakas kuuluu.

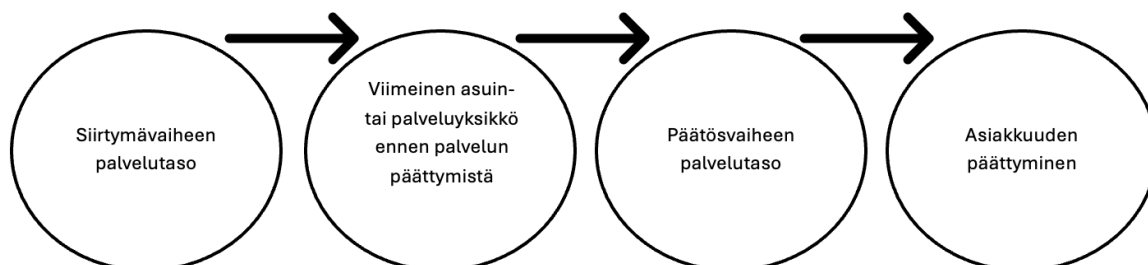
Pyysimme vielä Päijät-Hämeen psykososiaalisen kuntoutuksen asumispalveluiden palveluesihenkilö Heli Selkeetä tarkentamaan, mitä aineiston palvelutason lyhenteet tarkoittavat ja mitä syykoodien numerot vastaavat. Tämän lisäksi pyysimme myös tarkennusta siihen, mitä kotiin vietävät palvelut sisältävät ja kenelle ne ovat tarkoitettu. Tähän liittyen yhdestä aineiston sarakkeesta ei käynyt ilmi, kuinka usein kotiin vietäviä palveluita järjestettiin, toisin kuin muissa sarakkeissa, joissa asiakkaalla on ollut kotiin vietävät palvelut. Saimme lyhenteisiin ja syykoodeille merkitykset, jotka ovat tarkemmin kuvattu alla olevissa taulukoissa (ks. Taulukko 1 ja 4).

Kotiin vietävät palvelut ovat tarkoitettuja mielenterveys- ja päihdekuntoutujille, jotka tarvitsevat tukea ja ohjausta kyetäkseen asumaan itsenäisesti. Kotiin vietävät palvelut ovat määräaikaista palveluita, jotka koostuvat neuvonnasta ja palveluohjauksesta asiakkaan tuen tarpeiden mukaan (Päijät-Hämeen hyvinvointialue, 2025b). Yhdessä sarakkeessa, jossa oli maininta kotiin vietävistä palveluista, oli virhe, jonka korjasimme palveluesihenkilö Heli Selkeen vastauksen perusteella ennen analyysyä.

Alkuperäisestä aineistosta poistimme ennen analyysyä asiakkaiden asiakastunnukset sekä ostopalveluiden asumisyksiköt tutkimuseettisistä syistä, jotta asiakkaiden tiedot olisivat anonymisoituja. Ostopalveluiden asumispalveluiden yksiköitä ei käytetty itse analyysissä. Täsmälliset päivämäärät, jolloin kunkin asiakkaan asiakkuus on päättynyt eivät myöskään ollut tutkimukselle relevanttia, jonka vuoksi päivämääriä ei ole sisälletty itse analyysiin. Täten tutkimuksen luotettavuuden ja anonymiteetin suojaamisen näkökulmasta olemme kategorisoineet saadun tutkimusaineiston uudelleen. Uudelleenluokittelulla ei ole kuitenkaan vaikutusta itse tutkimuksen aineistoon tai sen tuloksiin.

Analyysissä käytimme seuraavia tietoja: 1) siirtymävaiheen palvelutaso 2) viimeinen asuin- tai palveluyksikkö ennen asiakkuuden päättymistä, 3) päättymisvaiheen palvelutaso, 4) syykoodit asiakkuuden päättymiselle sekä 5) asiakkaiden ikäryhmät. Analyysissä käytetyt muuttujat ovat kuvattu tarkemmin alla olevissa taulukoissa (ks. Taulukot 1–5).

Kuva 1. Palvelupolkujen loppuosa ennen asiakkuuden päättymistä



Kuva 1 havainnollistaa asiakkaiden palvelupolun loppuosan; asiakkaan toiseksi viimeisestä palvelusta asiakkuuden lopulliseen päättymiseen. Ensimmäinen kuvake vasemmalta, siirtymävaiheen palvelutaso, esittää asiakkaan toiseksi viimeistä palvelutasoa palvelupolussa. Viimeinen asuin- tai palveluyksikkö ennen palvelun päättymistä on asiakkaan viimeinen olinpaikka ennen palveluiden päättymistä. Päätösvaiheen palvelutaso kuvaa asiakkaan viimeistä palvelutasoa ennen asiakkuuden päättymistä. Asiakkuuden päättymisen näyttää asiakkaan palvelupolun viimeisen vaiheen, jossa asiakkuus on päättynyt ja asiakas on poistunut palveluista.

Taulukko 1. Siirtymävaiheen palvelutaso

Siirtymävaiheen palvelutaso	<i>n</i> = 80	100 %
0. Ei tietoa	1	1,25 %
1. KEVYT = tuettu asuminen, tuen taso kevyt, 1–2 h/vko	15	18,75 %
2. PERUS = tuettu asuminen, tuen taso perustuki, 3–4 h/vko	1	1,25 %
3. VAHVA = tuettu asuminen, tuen taso vahva, 5 h/vko	1	1,25 %
4. ERTA = erityistason tuettu, vähintään 6–7 käyntiä/vko	8	10,00 %
5. YHT = yhteisöllinen asuminen	26	32,50 %
6. YMP = ympärivuorokautinen palveluasuminen	24	30,00 %
7. VYMP = vaativa ympärivuorokautinen palveluasuminen	4	5,00 %

Taulukossa 1 on lueteltu tutkimusaineistossa ilmenevät siirtymävaiheen palvelutasot sekä niiden määrät ja prosenttiosuudet. Siirtymävaiheen palvelutasot ovat suunniteltu lainsäädännön ja viranomaismääräysten mukaisesti (Päijät-Hämeen hyvinvointialue 2024, s. 3). Siirtymävaiheen palvelutaso 0 kuvastaa henkilöitä, joista ei ole tietoa, mihin palveluun he ovat siirtyneet ($n = 1$; 1,25 %). Ensimmäisen palvelutason siirtymävaiheeseen sisältyy asiakasryhmä, jotka ovat kevyen tuetun asumisen piirissä, ($n = 15$; 18,75 %), jota järjestetään yksi tai kaksi kertaa viikossa. Toiseen perustason siirtymävaiheeseen sisältyy perustason tuettu asuminen. Tälle tuen tasoon kuuluvalle asiakasryhmälle ($n = 1$; 1,25 %) järjestetään palvelua kolmesta neljään tuntiin viikossa. Kolmanteen perustason siirtymävaiheen palvelutasoon kuuluu vahva tuettu asuminen, jota järjestetään viisi tuntia viikossa ($n = 1$; 1,25 %). Neljäntenä siirtymävaiheen palvelutasona on erityistason tuettu asuminen ($n = 8$; 10 %), johon sisältyy vähintään kuusi tai seitsemän käyntiä viikossa. Viidennessä siirtymävaiheen palvelumuodossa esitetään yhteisöllisessä asumisessa oleva asiakasryhmä ($n = 26$; 32,50 %). Kuudennessa palvelutason siirtymävaiheessa esitetään asiakasryhmä, jotka ovat ympärivuorokautisessa palveluasumisessa ($n = 24$; 30 %). Seitsemäs siirtymävaiheen palveluasuminen kuvastaa asiakasryhmää, jotka ovat vaativan ympärivuorokautisen palveluasuminen piirissä ($n = 4$; 5,0 %).

Taulukko 2. Viimeinen asuin- tai palveluyksikkö ennen asiakkuuden päättymistä

Viimeinen asuin- tai palveluyksikkö	<i>n</i> = 80	100 %
Asumispalvelut - Ikäihmisten asumispalvelut (<i>n</i> = 8) - Vammaispalveluiden asumispalvelut (<i>n</i> = 1) - Asumispäivystys (<i>n</i> = 1)	10	12,5 %
Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (muut kuin asumispalvelut) - Päihdekuntoutus / katko (<i>n</i> = 1) - Sairaala (<i>n</i> = 5)	6	7,5 %
Oma koti (<i>n</i> = 46)	46	56,25 %
Menehtynyt (<i>n</i> = 12)	12	15,0 %
Ei tietoa (<i>n</i> = 6)	6	7,5 %

Taulukko 2 esittää asiakkaiden viimeisimmät asuin- tai palveluyksiköt ennen psykososiaalisen kuntoutuksen asiakkuuden päättymistä. Taulukon ensimmäinen kategoria sisältää asumispalvelut, johon kuuluvat ikäihmisten asumispalvelut (*n* = 8), vammaispalveluiden asumispalvelut (*n* = 1) ja asumispäivystyksen (*n* = 1). 12,5 % (*n* = 10) asiakkaista ovat ennen asiakkuuden päättymistä olleet asumispalveluissa. Taulukon toinen kategoria sisältää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, muut kuin asumispalvelut. Tähän kuuluu päihdekuntoutus/katko (*n* = 1) ja sairaala (*n* = 5). 7,5 % (*n* = 6) asiakkaista ovat viimeisimmäksi olleet sosiaali- ja terveyspalveluissa ennen heidän asiakkuutensa päättymistä. Taulukon kolmas kategoria sisältää asiakkaat, jotka ovat muuttaneet omaan kotiin siirtymävaiheen palvelutason jälkeen. Tämä on isoin kategoria, johon 56,25 % asiakkaista ovat kuuluneet ennen asiakkuuden päättämistä. Taulukon neljäs kategoria esittää asiakkaat, jotka ovat menehtyneet. Tämä on toiseksi suurin ryhmä (*n* = 12; 15,0 %). Viides ja viimeinen kategoria esittää asiakkaat, joista ei ole tietoa (*n* = 6; 7,5 %). Tämä tarkoittaa, ettei ole tietoa mihin asuin- tai palveluyksikköön asiakas on päätenyt siirtymävaiheen palvelutason jälkeen.

Taulukko 3. Päätymisvaiheen palvelutaso

Päätymisvaiheen palvelutaso	<i>n</i> = 80	100 %
Sosiaalityö - Sosiaalityön asiakkuus (<i>n</i> = 12) - Sosiaalikutoutus (<i>n</i> = 5) - Ei avopalveluita (<i>n</i> = 5)	22	27,5 %
Kotiin vietävät palvelut - 1-2 kertaa/viikko (<i>n</i> = 4) - 3-4 kertaa/viikko (<i>n</i> = 7) - 5 tai yli 5 kertaa/viikko (<i>n</i> = 2) - Kotihoito (<i>n</i> = 1)	14	17,5 %
Asumispalvelut - Ikäihmisten asumispalvelut (<i>n</i> = 7) - Tuettu asuminen, tuen taso perustaso, 3–4 h / viikko (<i>n</i> = 1) - Vammaispalvelun asumispalvelut (<i>n</i> = 2) - Ympäri vuorokautinen palveluasuminen (<i>n</i> = 1) - Asunnottomien palvelut (<i>n</i> = 1)	12	15,0 %
Sairaala - (<i>n</i> = 5)	5	6,25 %
Menehtynyt - (<i>n</i> = 12)	12	15,0 %
Ei tietoa - (<i>n</i> = 15)	15	18,75 %

Taulukko 3 esittää psykososiaalisten palveluiden päätymisvaiheen palvelutasot, niiden määrät ja prosenttiosuudet, jotka ovat luokiteltu uudelleen pienempiin kategorioihin. Ensimmäinen päätymisvaiheen palvelutaso on sosiaalityö (*n* = 22; 27,5 %), johon sisältyy asiakkuudet sosiaalityössä (*n* = 12), sosiaalikutoutus (*n* = 5) sekä ei avopalvelut (*n* = 5). Toisena päätymisvaiheen palvelutasona on kotiin vietävät palvelut (*n* = 14; 17,5 %). Kotiin vietäviä palveluita järjestetään asiakasryhmälle yksi tai kaksi kertaa viikossa (*n* = 4), kolme tai neljä kertaa viikossa (*n* = 7), viisi tai yli viisi kertaa viikossa (*n* = 2) tai kotihoitona (*n* = 1). Kolmantena päätymisvaiheen palvelutasona on asumispalvelut (*n* = 7; 15 %), Asumispalveluihin sisältyy ikäihmisten asumispalvelut (*n* = 7), tuettu asuminen (*n* = 1), joka on kolme tai neljä kertaa viikossa järjestettävää perustason tukea, vammaispalvelun asumispalvelut (*n* = 2), ympärivuorokautinen palveluasuminen (*n* = 1) ja asunnottomien

palvelut ($n = 1$). Neljäs päättymisvaiheen palvelutaso sisältää asiakasryhmän, jotka ovat sairaalassa ($n = 5$; 6,25 %). Viidennes päättymisvaiheen palvelutaso sisältää asiakkaat, jotka ovat menehtyneet ($n = 12$; 15 %). Kuudennes päättymisvaiheen palvelutaso sisältää asiakasryhmän, joista ei ole tietoa ($n = 15$; 18,75 %).

Taulukko 4. Syykoodit asiakkuuden päättymiselle

Syykoodit asiakkuuden päättymiselle (1–6)	$n = 80$	100 %
1. Kuntoutunut - kuntoutunut ja siirto kotiin vietäviin palveluihin ($n = 10$) - kuntoutunut ja muut mahdolliset palvelut ($n = 15$)	25	31,25 %
2. Asiakasryhmän muutos - siirto ikäihmisten palveluihin ($n = 8$) - siirto vammaispalveluihin ($n = 1$)	9	11,25 %
3. Palvelu ei jatkunut - arviointijakso: ei jatkunut ($n = 3$) - ei sitoutunut ($n = 10$) - palveluntuottaja päättänyt palvelun ($n = 1$)	14	17,5 %
4. Päähteiden käyttö - ($n = 5$)	5	6,25 %
5. Menehtynyt - ($n = 12$)	12	15,0 %
6. Muu syy - sairaala ($n = 3$) - kotikunnan vaihto ($n = 2$) - muu syy ($n = 10$)	15	18,75 %

Taulukko 4 esittää syykoodit asiakkuuden päättymiselle. Syyt asiakkuuden päättymiselle on jaettu kuuteen eri syykoodiin. Ensimmäinen syykoodi asiakkuuden päätymiselle on, että asiakas on kuntoutunut. Tähän kategoriaan sisältyy asiakkaat, jotka ovat kuntoutuneet ja siirtyneet kotiin vietävien palveluiden pariin ($n = 10$) ja asiakkaat, jotka ovat kuntoutuneet ja siirtyneet muihin mahdollisiin palveluihin ($n = 15$). Isoin syy asiakkuuden päättymiselle on, että asiakas on kuntoutunut ($n = 25$; 31,25 %). Toinen syykoodi asiakkuuden päättymiselle on asiakasryhmän muutos, mikä tarkoittaa, että asiakas on muuttanut työikäisten palveluista ikäihmisten palveluihin ($n = 8$) tai vammaispalveluihin ($n = 1$). Tähän ryhmään kuuluu 11,25 % asiakkaista. Kolmas syykoodi on, että palvelu ei ole jatkunut, mikä sisältää, että

arviointijakso ei ole jatkunut ($n = 3$), asiakas ei ole sitoutunut ($n = 10$) ja palveluntuottaja on päättänyt palvelun ($n = 1$). 17,5 % päätyneistä asiakkuuksista ovat päätyneet tästä syystä. Neljäs syykoodi on päihteiden käyttö, joka tarkoittaa, että asiakkaan asiakkuus on päättynyt päihteiden käytön takia, koska mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalvelut ovat päihteettömiä. 6,25 % ($n = 5$) asiakkaiden asiakkuuksista ovat päätyneet päihteiden käytön seurauksena. Viides syykoodi on menehtyneet. 15 % ($n = 12$) asiakkuuksista päätyivät asiakkaan menehtymisen takia. Kuudes syykoodi on muu syy, mikä sisältää asiakkaan päätyneen sairaalaan ($n = 3$), kotikunnan vaihdon ($n = 2$) ja muut syyt ($n = 10$). Muut syyt eivät ole tarkemmin avattu, koska tarkemmat syyt eivät ole tiedossa. 18,75 % ($n = 15$) asiakkuuksista ovat päätyneet muiden syiden takia.

Taulukko 5. Asiakkaiden ikäryhmät

Asiakkaiden ikäryhmät	$n = 80$	100 %
1. 18–29	9	11,25 %
2. 30–39	12	15,0 %
3. 40–49	13	16,25 %
4. 50–64	20	25,0 %
5. 65+	26	32,5 %

Taulukko 5 sisältää asiakkaiden ikäryhmätiedot sekä niiden määrät ja prosenttiosuudet. Asiakkaiden ikäryhmät olemme luokitelleet kymmenen vuoden sykleihin yhdessä Päijät-Hämeen hyvinvointialueen yhteistyökumppaneiden kanssa. Ensimmäiseen asiakkaiden ikäryhmään sisältyy 18–29-vuotiaat ($n = 9$; 11,25 %). Toiseen asiakkaiden ikäryhmään sisältyy 30–39-vuotiaat ($n = 12$; 15 %). Kolmanteen asiakkaiden ikäryhmään kuuluu 40–49-vuotiaat ($n = 16,25$ %). Neljänteen asiakkaiden ikäryhmään sisältyy 50–64 ($n = 20$; 25 %). Viidenteen ikäryhmään kuuluu kaikki yli 65-vuotiaat ($n = 26$; 32,5 %).

Aloitimme analyysin aineistomateriaalin luokittelulla, joka antoi sekä yleis- että kokonaiskuvaa sen sisällöstä (ks. Taulukko 1–5). Tässä tutkimuksessa käytämme R-nimistä tilastollista ohjelmistoa tutkimusaineiston käsittelyyn ja analysointiin. R-niminen ohjelma koostuu RStudio -nimisen työpöytäversiosta ja R Commander -nimisestä paketista (Nummenmaa 2021, s. 69–70.) Jotta R:ssä koodatut tulosten luvut olisivat suurempia, meidän täytyi luokitella ja ryhmitellä tutkimusmateriaali uudelleen. Tämä auttoi myös tulkitsemaan R:n kautta tehtyjä vastauksia paremmin. Osa materiaalista koodattiin numeraaliseen muotoon niiden ollessa

ordinaali mitta-asteikossa. Ordinaali mitta-asteikkoina olivat kategoriat siirtymävaiheen palvelutaso, syy–koodit asiakkuuden päättymiselle ja asiakkaiden ikäryhmät (ks. Taulukko 1, 4 & 5). Päättymisvaiheen palvelutasoa emme kategorisoineet numeraalisesti, koska viimeistä asuin- tai palveluyksikköä sekä päättymisvaiheen palvelutasoa ole mahdollista asettaa arvojärjestykseen niiden ollessa liian erinäisiä toisistaan. Kattegoria ei esimerkiksi avaa tarkemmin syitä, miksi asiakas on päätenyt sairaalaan tai on kotiin vietävien palveluiden piirissä. Täten niitä on haastavaa laittaa arvojärjestykseen.

Tilastolliset analyysit suoritetaan aina tietokoneohjelmilla, sillä analyysien suorittaminen käsin laskemisella on haastavaa. Tilastollisen ohjelmistokielenä R on monipuolinen sen mahdollistaessa tekemään lähes kaikenlaisia analyysejä erilaisissa tutkimusympäristöissä. R-Studio toimii skriptikomentojen avulla (Nummenmaa 2021, s. 69–70). Kommentosarjan luomiseksi R-ohjelmassa saimme apua tilastotieteen professorilta Lazslo Vinczeltä tutkimusaineiston analyysia varten.

Itse analyysin toteutus tapahtui käytännössä R:ssä, jossa teimme ristiintaulukointia muuttujien välillä. Sen lisäksi suoritimme R:ssä khiin neliö -testin (*eng. Chi-squared test*). Ristiintaulukointi perustuu tutkimaan kahden tai useamman muuttujan välistä jakautumista ja riippuvuutta (Töttö 2025, s. 81–85; Heikkilä 2014, s. 198.) Tutkimalla muuttujien välistä yhteyttä onkin mahdollista keskittyä tarkastelemaan erilaisten ilmiöiden säännönmukaisuutta tavalla tai toisella (Nummenmaa 2021, s. 19). Muuttujien välinen yhteys voi olla muun muassa heikkoa, vahvaa tai monotonista, riippuen muuttujien eroista ja yhtäläisyyksistä. Kahdella muuttujan välillä on riippuvuus, jos x riippuu y:stä ja/tai y x:stä. (Töttö 2025, s. 81–85; Heikkilä 2014, s. 198) Meidän tutkimusmateriaalissamme muuttujat ovat siirtymävaiheen palvelutaso, asuin- tai palveluyksikkö, päättymisvaiheen palvelutaso, syykoodit ja asiakkaiden ikäryhmät. Tutkimuksessa haluamme ristiintaulukoinnin avulla tutkia onko palvelupolulla ja niiden päättymisen syissä havaittavissa yhteyksiä muuttujien välillä sekä onko palvelu tukenut asiakkaan psykososiaalista kuntoutumista. Kuntoutuksen näkökulmasta odotettu muutos olisi asiakkaan siirtyminen vahvemmassa tuesta kevyempään tukeen. Ristiintaulukointi on tutkimuksemme analyysiin tehokas työväline, sillä tutkimme erityisesti muuttujia, emmekä esimerkiksi aineiston keskiarvoja tai variansseja: näin ollen ristiintaulukoinnissa materiaali esitetään vain toisenlaisessa muodossa, eikä sen sisältöä muuten yksinkertaisesta tai muuteta (Töttö 2025, s. 81–82).

Teimme analyysia tekemällä khiin neliö -testin (χ^2). Khiin neliö -testillä selvitimme muuttujien välistä frekvenssijakautumista. Tämän avulla analysoimme, onko muuttujien välillä

riippumattomuutta tai liittyvätkö ne toisiinsa. Khiin neliö -testissä käytetään nollahypoteesia, joka kuvaa neutraalia tilaa, jossa eroja muuttujien välillä ei ole (Olsén 2015, s. 31). Tässä tutkimuksessa nollahypoteesi on, ettei muuttujien välillä ole yhteyttä. Mikäli nollahypoteesi pitäisi paikkansa, tulisi havaintojen jakautua normaalin jakautuman mukaisesti, jolloin frekvenssit olisivat tasaisesti jakautuneita (Olsén 2015, s. 78).

5 Tutkimuksen tulokset

Analyysin perusteella löysimme seuraavia tuloksia, jotka jaoin alalukuihin siirtymävaiheen palvelutasoihin ja päättymisvaiheen palvelutasoihin.

5.1 Siirtymävaiheen palvelutasot

Analysoimme siirtymävaiheen palvelutason ja asuin- ja palveluyksikön välistä riippuvuutta. Siirtymävaiheen palvelutason ja asuin- ja palveluyksikön välinen tulos oli seuraava ($\chi^2 = 53.46$; $df = 24$, $p < 0.001$). χ^2 -arvo kertoo, kuinka paljon havaittu jakauma poikkeaa odotetusta jakaumasta. Mitä suurempi χ^2 -arvo on, sitä suurempi poikkeama. Tämä tarkoittaa, että on epätodennäköisempää tuloksen johtuvan sattumasta. Df on lyhenne vapausasteista. Vapausasteet kuvaavat, kuinka monta riippumatonta vertailua testissä tehdään. Vapausasteet kertovat myös, ovatko testin jakauma vinoutunut vai lähempänä normaalijakaumaa. Mitä suurempi df -luku on, sitä suurempi χ^2 -arvon pitää olla, jotta jakauma on lähempänä normaalia jakaumaa (Agresti & Kateri, 2021, s. 175–177). P-arvo kertoo analyysin todennäköisyyden saada odotettu tulos. Mitä pienempi p-arvo on, sitä vähemmän on todennäköistä, että tulos olisi sattumaa. Tulos on signifikantti, jos p-arvo on alle $p < 0.05$. Näin pieni tai pienempi p-arvo tarkoittaa, että ryhmien välillä olisi merkittävää eroa. P-arvo ei välttämättä kuitenkaan kerro erojen merkittävyyttä tai niiden suuruutta (Olsén, 2015, s. 9). Cramérin V sen sijaan kertoo kahden muuttujan välisen yhteyden voimakkuudesta. Cramérin V perustuu khiin neliö -testiin. Mitä suurempi V-arvo on, sitä vahvempi yhteys muuttujien välillä on (Agresti & Kateri, 2021, s. 177.)

Khiin neliö -testin perusteella havaitsimme merkitsevän yhteyden tilastollisesti muuttujien välillä ($\chi^2 = 53.46$; $df = 24$, $p < 0.001$). Cramérin V:n testin perusteella yhteyden voimakkuus oli kohtalainen ($V = 0.41$), joka viittaa kohtalaiseen yhteyteen muuttujien välillä. Käytännössä tämä tarkoittaa, että viimeinen asuin- tai palveluyksikkö liittyy jonkin verran siihen, mikä siirtymävaiheen palvelutaso henkilöllä on ollut.

Osa soluissa odotetuista frekvensseistä jäivät pieneksi, jonka vuoksi tuloksia tulee tulkita varovaisesti. Frekvenssijakautumasta käy kuitenkin ilmi, että merkityksellinen osa asiakkaista ($n = 32$), jotka ovat olleet siirtymävaiheen palvelutasossa 1 (kevyin tuettu asuminen) ja palvelutasossa 5 (yhteisöllinen asuminen) ovat siirtyneet omaan kotiin. Tämä kertoo, että tiettyihin siirtymävaiheen palveluihin liittyy tiettyjä viimeisiä asuin- tai palveluyksiköitä enemmän kuin sattumalta voisi odottaa, p-arvon ollessa $p < 0,001$. Frekvenssijakautumassa ei nouse esille muita isoja ryhmiä. Näkemyksemme mukaan tämä viittaa myönteiseen kehityskulkuun, sillä 40 % asiakkaista ovat siirtyneet asumispalveluyksiköstä omaan kotiin.

Seuraavaksi teimme analyysin siirtymävaiheen palvelutason ja asiakkuuden päätyneiden syykoodien välillä, jossa analysoimme muuttujien välistä riippuvuutta. Tulos siirtymävaiheen palvelutason ja syykoodien välillä oli seuraava: ($\chi^2 = 58,404$; $df = 30$, $p < 0,001$). Khiin neliö--testin mukaan muuttujien välinen yhteys oli tilastollisesti merkittävä ($p < 0,001$). Cramérin V:n testin perusteella yhteyden voimakkuus oli kohtalainen ($V = 0.38$), joka tarkoittaa, että muuttujien välillä on kohtalainen yhteys. Tulokset osoittavat, että siirtymävaiheen palvelutasot ovat jonkin verran yhteydessä asiakkaan päättymiseen johtaviin syykoodeihin: tämä viittaa siihen, että osa asiakkaista siirtyy palveluiden välillä, kun taas toisilla asiakkuus päättyy ilman siirtymistä.

Frekvenssijakautumasta käy ilmi, että hieman yli yksineljäs osa eri palveluiden asiakkaista on kuntoutunut ($n = 25$). Eniten kuntoutumista on tapahtunut kevyen palvelun asiakkaiden ($n = 12$) ja yhteisöllisen asumisen asiakkaiden ($n = 7$) palveluissa. Muita merkittäviä huomioita, joita frekvenssijakautumasta nousi esille oli, kuinka yhteisöllisen asumisen palveluissa olleista asiakkaista ($n = 8$) palvelu ei jatkunut, koska asiakas ei sitoutunut palveluihin tai arviointijakso ei muusta syystä jatkunut. Eniten menehtyneitä asiakkaita oli ympärivuorokautisissa palveluissa ($n = 7$). Frekvenssijakautuman tulokset kertovat, että kuntoutuminen ei ole kovinkaan tasaista palveluiden välillä, sillä kevyemmistä ja yhteisöllisistä palveluista on kuntoutunut eniten asiakkaita. Koimme, että vahvimmissa palveluissa menehtyy eniten ihmisiä, koska kyseisissä palveluissa olevien asiakkaiden terveydentila ja toimintakyky ovat luultavasti heikommat. Tätä ajatusmallia tukee myös frekvenssijakauma asiakkuuden päätyneiden syykoodien ja ikäryhmän välillä, jonka mukaan suurin osa menehtyneistä vahvimpien palvelutason asukkaista on 65-vuotiaita ($n = 9$).

Kolmanneksi analysoimme khiin neliö -testin avulla siirtymävaiheen palvelutason ja ikäryhmän välistä riippuvuutta. Siirtymävaiheen palvelutason ja asiakkaiden ikäryhmän välinen yhteys oli tilastollisesti merkittävä ($\chi^2 = 39,327$; $df = 24$, $p < 0,05$). Cramérin V:n perusteella yhteys oli

kohtalainen ($V = 0.35$), joka kertoo siitä, että siirtymävaiheen palvelutaso usein vaihtelee asiakkaiden iän mukaan.

Frekvenssijakautumasta käy ilmi, että vanhimmat asiakkaat (yli 65-vuotiaat) ovat eniten vahvoissa palveluissa, eli ympärivuorokautisen palvelun ($n = 14$) ja vaativan ympärivuorokautisen palveluasumisen ($n = 4$) asiakkaina. Sen sijaan kevyen tuen asiakkaista suurin osa ($n = 11$) on 40–60-vuotiaita asiakkaita ja nuorimmat asiakkaat, 18-39-vuotiaat, ovat yhteisöllisen asumisen asiakkaita ($n = 12$). Meistä on varsin luonnollista, että iäkkäämmät ihmiset tarvitsevat vahvempia palveluita, sillä iän mukaan ihmisen toimintakyky heikkenee ja avun tarve kasvaa. Kokonaisuutena tulos tukee oletusta siitä, että palvelut yritetään kohdentaa iän mukaan, sen avulla mikä palvelu tukisi parhaiten asiakkaan toimintakykyä ja tuen tarpeita elämänsä eri vaiheissa.

5.2 Päätymisvaiheen palvelutasot

Siirtymävaiheen ja päätymisvaiheen palvelutason välillä on khiin neliö -testin perusteella havaittavissa tilastollisesti merkitsevä yhteys ($\chi^2 = 55.46$, $df = 30$, $p < 0.001$). Cramérin V :n perusteella yhteyden voimakkuus siirtymävaiheen ja päätymisvaiheen oli kohtalainen ($V = 0.37$). Tämä tarkoittaa, että asiakkaan siirtymävaiheen palvelutaso korreloi päätymisvaiheen palvelutason kanssa.

Frekvenssijakautumassa on suurta hajontaa, mikä myös tarkoittaa, että monet solut jäivät pieniksi. Suurin yksittäinen ryhmä on asiakkaat ($n = 10$), jotka ovat olleet yhteisöllisessä asumispalvelussa, mutta päätymisvaiheen palvelutasosta ei ole tietoa. Muita isoja yksittäisiä ryhmiä frekvenssijakautumasta ei käy ilmi. Kuitenkin frekvenssijakautumasta voi havaita, että asiakkaat ovat siirtyneet kevyemmästä tuetusta asumispalveluista suurimmaksi osaksi sosiaalityöhön ($n = 7$), ja ympärivuorokautisista asumispalveluista asiakkaat ovat pääosin siirtyneet muihin asumispalveluihin ($n = 7$) tai menehtyneet ($n = 7$). Meistä on huomiota herättävää, kuinka suurimmasta yksittäisestä ryhmästä frekvenssijakautumassa puuttuu tietoa, mihin palvelutasoon he ovat yhteisöllisen asumispalvelun jälkeen siirtyneet. Tämä herätti meissä pohdintaa, koska yhteisöllinen asumispalvelu ei ole kevyin asuinmuoto ja frekvenssijakautumassa olevasta suurimmasta yksittäisestä ryhmästä ei ole tietoa. Keskeistä olisikin jatkossa tarkastella, mihin asiakasryhmä, joista ei ole tietoa ovat siirtyneet.

Jatkoimme analyysiä tarkastelemalla asiakkaiden viimeisimmän asuin- tai palveluyksikön ja päätymisvaiheen palvelutason välistä riippuvuutta. Khiin neliö -testi osoitti, että viimeisimmän

asuin- ja palveluyksikön sekä päättymisvaiheen palvelutason välillä on merkitsevä yhteys ($\chi^2 = 210.4$, $df = 20$, $p < 0.001$). Cramérin V:n testin perusteella yhteyden voimakkuus oli vahva ($V = 0.81$), joka tarkoittaa, että asiakkaan asuin- tai palveluyksiköllä on vahva yhteys päättymisvaiheen palvelutasoon.

Frekvenssijakautumassa on tyhjiä soluja, mutta kategorioiden luvut ovat tässä aikaisempiin frekvenssijakautumien verrattuna suuremmat, mikä tarkoittaa, että yksittäisiä pieniä kategorioita oli vähän. Frekvenssijakautumasta käy ilmi, että suurin yksittäinen ryhmä ($n = 18$) ovat asiakkaat, jotka ovat siirtyneet omaan kotiin ja joiden päättymisvaiheen palvelutaso on sosiaalityö. Frekvenssijakautumassa toiseksi suurin yksittäinen ryhmä ($n = 14$), on asiakkaat, jotka ovat muuttaneet omaan kotiin ja ovat myöhemmin siirtyneet kotiin vietävien palveluihin. Kolmanneksi suurin yksittäinen ryhmä ($n = 12$) ovat asiakkaat, jotka ovat menehtyneet. Muita suuria ryhmiä ovat asiakkaat, jotka ovat muuttaneet omaan kotiin asumaan, mutta päättymisvaiheen palvelutasosta ei ole tietoa ($n = 11$) ja he, jotka ovat asumispalveluissa ($n = 10$).

Cramérin V:n testin perusteella yhteyden voimakkuus oli vahva ($V = 0.81$), joka tarkoittaa, että sillä mihin asuin- tai palveluyksikköön asiakas on päättänyt, on vahva yhteys päättymisvaiheen palvelutasoon. Tulos on looginen, sillä asiakkaan asuin- tai palveluyksikön muoto määrittelee lähtökohdat asiakkaan päättymisvaiheen palvelutasoon sekä millaisessa palvelutasossa asiakas on todennäköisesti ollut palvelun päättyessä.

Tämän jälkeen analysoimme päättymisvaiheen palvelutason ja syykoodien välistä riippuvuutta. Khiin neliö -testin perusteella havaitsimme tilastollisesti merkitsevän yhteyden muuttujien välillä ($\chi^2 = 142.24$; $df = 25$, $p < 0.001$). Cramérin V:n testin perusteella yhteyden voimakkuus oli vahva ($V = 0.60$). Tämä tarkoittaa, että syykoodeilla oli vahva yhteys päättymisvaiheen palvelutasoihin.

Koska osa odotetuista frekvensseistä oli pieniä, on syytä tulkita tuloksia varovaisesti. Frekvenssijakauman perusteella eniten siirtymiä tapahtui kotiin vietävien palveluiden ($n = 10$) ja sosiaalityön välillä ($n = 7$). Kotiin vietävien palveluiden siirtyminen liittyi useimmiten asiakkaan kuntoutumiseen, kun taas sosiaalityöhön ohjautumista liittyi asiakkaan kuntoutumiseen ja muihin syihin, jotka ovat kotikunnan vaihto, sairaala tai muu syy. Asumispalveluihin siirtyneet asiakkaat liittyivät asiakasryhmän muutokseen, jotka voivat liittyä asiakkaan siirtymisestä ikäihmisten palveluihin, asiakkaan kuntoutumisesta tai muihin palveluihin siirtymisestä. Neljänneksi suurin ryhmä olivat menehtyneet ($n = 12$). Pienimpänä

ja harvinaisin ryhmä oli sairaalassa olevat asiakkaat ($n = 5$), eikä niissä havaittu selkeää syykoodikohtaista painottumista. Se, että yleisimmät siirtymät kohdistuvat kotiin vietäviin palveluihin ja sosiaalityön asiakkuuteen, voidaan meistä tulkita kuntoutumisen onnistumisena ja merkinä, että palvelussa onnistutaan huomioimaan asiakkaiden yksilöllisiä tarpeita. Huomiota herättävää on se, että menehtyneiden ryhmä on suhteellisen suuri. Tämä voi viitata siihen, että osa asiakasryhmän asiakkaista olevien vointi on ollut varsin heikkoa.

Viimeisenä analysoimme päättymisvaiheen palvelutason ja ikäryhmän välistä riippuvuutta. Khiin neliö -testi osoitti, että yhteys muuttujien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ($\chi^2 = 47.7$; $df = 20$, $p < 0.001$). Cramérin V -testin perusteella yhteyden voimakkuus oli erittäin vahva ($V = 0.86$). Tämä viittaa siihen, että tietyt syykoodit liittyivät erityisen usein tiettyihin palvelutasoihin.

Frekvenssijakautumassa on tyhjiä soluja. Kuitenkin aikaisempiin frekvenssijakautumiin verrattuna kategorioiden luvut olivat suurempia. Täten frekvenssijakautumassa oli vähän yksittäisiä pieniä kategorioita. Frekvenssijakautumasta voidaan havaita, että suurin yksittäinen ryhmä oli yli 65-vuotiaat ($n = 26$). Niistä suurimmat erottuvat ryhmät olivat menehtyneet ($n = 9$) tai asumispalveluihin siirtyneet asiakkaat ($n = 8$). Toiseksi suurin yksittäinen ryhmä, joka frekvenssijakautumassa ilmeni, olivat 50–64-vuotiaat asiakkaat ($n = 20$). Ryhmästä erottuvat solut ovat asiakkaat, jotka ovat siirtyneet kotiin vietäviin palveluihin ($n = 5$) tai sosiaalityön asiakkuuteen ($n = 5$) tai ovat menehtyneet ($n = 5$). Frekvenssijakautuman kolmanneksi suurimmasta ryhmästä erottui 30–39-vuotiaat asiakkaat ($n = 12$), joista ei ollut tietoa ($n = 6$) tai olivat sosiaalityön asiakkuudessa ($n = 4$). Neljänneksi suurin ryhmä, joka frekvenssijakautumasta erottui, oli 40–49-vuotiaat ($n = 13$), joista enemmistö oli siirtynyt kotiin vietäviin palveluihin ($n = 6$), sosiaalityön asiakkuuteen ($n = 3$) tai asumispalveluihin ($n = 2$). Frekvenssijakautumasta pienin ryhmä, joka erottui, oli 18–29-vuotiaat ($n = 9$). Näistä suurin osa olivat siirtyneet sosiaalityön asiakkuuteen ($n = 5$), sairaalaan ($n = 2$) tai heistä ei ole tarkempaa tietoa ($n = 2$). Huomiona aineistosta meillä nousi esille, kuinka suurin ryhmä aineiston asiakkaista on yli 65-vuotiaita, kun taas nuorten, alle 30-vuotiaiden ryhmä, on varsin pieni. Meistä onkin hieman huomiota herättävää, miksi ryhmäkokojen erot ovat niin isoja. Frekvenssijakautumasta nousee myös esille, kuinka eniten kuntoutumista tapahtuu ikäryhmissä 30–64-vuotiaat ja samalla esille nousee nuorten vähäinen kuntoutuminen. Tämä oli mielestämme yllättävää, etteivät nuoret kuntoudu yhtä vahvasti verrattuna vanhempiin ikäryhmiin.

Yhtenäistä siirtymävaiheen ja päättymisvaiheen palvelutasojen khiin neliö -testin perusteella oli, että nollahypoteesi voidaan hylätä kaikissa ristiintaulukoinnissa, koska mikään frekvenssijakautuma ei ollut normaalijakautunut. Tämä tarkoittaa, että jokaisen muuttujan välillä oli jonkinlainen yhteys.

6 Johtopäätökset ja pohdinta

Tämän käytäntötutkimuksen tarkoituksena oli selvittää psykososiaalisen asumispalveluiden asiakkaiden kuntoutumisen polkuja Päijät-Hämeen hyvinvointialueella tarkastelemalla, millaisista asumispalveluiden tuenmuodoista asiakkaat ovat siirtyneet eteenpäin ja syitä asiakkuuden päättymiselle. Tutkimuksen tarkoituksena ja tavoitteena oli myös tuottaa tietoa sekä hyvinvointialueen psykososiaalisen kuntoutuksen asumispalveluiden tilasta että sen toimivuudesta kuin myös ilmentää mahdollisia kehittämistarpeita. Lähestyimme tutkimustehtävää seuraavan tutkimuskysymyksen kautta: *Millaisia palvelutasoja asumispalveluiden asiakkailta on ollut ennen palveluiden päättämistä?*

Tutkimuksemme perusteella 18,65 % asiakkaista ($n = 15$) olivat siirtyneet omaan kotiin. Tämä viittasi mielestämme siihen, että psykososiaalisen asumispalveluiden asiakkaiden kohdalla oli tapahtunut kuntoutusta. Tutkimustuloksemme eroaa Wahlbeckin ym. (2017) tehdystä tutkimuksesta, jossa havaittiin mielenterveyskuntoutujilla tapahtuvan vain lievää siirtymistä kevyempiin palveluihin. Tähän verrattuna meidän tutkimuksessamme kuntoutuminen näyttäytyi hieman suurempana.

Analyysistä ilmeni siirtymävaiheen palvelutasojen olevan jossakin määrin yhteydessä myös palvelutason syykoodeihin. Kuitenkaan tarkempaa yhteyttä tähän ei analyysissämme havaittu. Vaikka tuen palveluita oli yhteensä seitsemän (ks. Taulukko 1), havaitsimme niiden välillä olevan selviä eroja siihen, miten asiakkaat eri siirtymävaiheen palvelutasoista olivat kuntoutuneet. On ymmärrettävää, että asiakkaiden eri kuntoutumisen vaiheet ovat yhteydessä myös heidän kuntoutumispolkuihinsa. Tästä huolimatta merkittävä huomio tutkimuksessamme oli, ettei kuntoutuminen ollut edennyt asiakkaiden välillä yhtä tasaisesti. Myös kevyen tuen palveluissa olevat asiakkaat ($n = 11$) olivat 40-60-vuotiaita, kun taas nuoremmat asiakkaat 18-30-vuotiaat olivat yhteisöllisen asumisen asiakkaita ($n = 12$). Mielenkiintoista olikin havaita nuorten asiakkaiden olevan vahvemmissa palveluissa verrattuna vanhempiin ikäluokkiin.

Tutkimuksessa ilmeni, että suurin osa asiakkaista oli siirtynyt sosiaalityöhön (27,5 %). Toiseksi suuri ryhmä oli asiakkaat, joista ei ollut tietoa (18,75 %). Kolmanneksi suurin ryhmä oli kotiin

vietävät palvelut (17,5 %). Menehtyneet asiakkaat (15 %) kattoivat yhtä suuren osan asiakkaista kuin he, jotka olivat siirtyneet yhdestä asumispalvelusta toiseen (15 %). Menehtyneiden suhteellisen suuri osuu herättääkin kysymyksiä palveluiden kohdentumisen ja oikea-aikaisuuden näkökulmasta. Iäkkäämpien ihmisten toimintakyky on yleensä heikentynyt verraten nuoriin, jonka seurauksena tarve vahvemmin tuettuihin palveluihin kasvaa sekä samalla nostaen tilastoissa menehtyneiden määrää. On varsin luonnollista, että iäkkäämmät ihmiset menehtyvät suuremmassa laajuudessa kuin nuoremmat. Tämä kuitenkin vaikuttaa heikentävästi tilastoihin, jotka koskevat kuntoutumista ja sen osuutta kyseisissä tilastoissa. Relevanttia olisi pohtia, olisiko osa asiakkaista hyötynyt toisenlaisista palveluista, ottaen huomioon heidän korkean ikänsä sekä heikentyneen toimintakykynsä. Tutkimuksen tulokset viittaavatkin siihen, että osa iäkkäistä asiakkaista ovat siirtyneet iäkkäiden ihmisten palveluihin. Tutkimustuloksia onkin syytä tarkastella kriittisesti, sillä tämä saattaa vaikuttaa heidän palvelupolkuihinsa sekä osittain vinouttaa tutkimustulosten tulkintaa.

Tutkimustuloksemme ovat myös linjassa aiempiin tutkimuksiin. Mielikäinen ja Kuronen (2025) tuovat esille tutkimuksessaan merkittävän osan asiakkaiden menehtyneen ja olleen iäkkäitä – niin myös meidän tutkimuksessamme. Tulokset viittaavat siihen, että osalla mielenterveys- ja päihdeasiakkaista toimintakyky ja terveys olivat heikentyneet. Lisäksi merkittävä osa asiakkaista ei tutkimusaineiston perusteella saavuta kuntoutumista ennen menehtymistään. Tämä näyttäisi olevan yhteydessä asiakkaiden korkeaan ikään ja heikentyneeseen toimintakykyyn, sillä merkittävä osa asiakkaista olivat iäkkäämpiä (32,5 %). Tutkimustulokset viittaavatkin siihen, että nykyistä palvelujärjestelmää olisi tarpeen kehittää, jotta asiakkaiden palvelutasojen siirtymät tapahtuisivat ajantasaisemmin. Psykososiaalisen kuntoutuksen asumispalvelut ovat tarkoitettu työikäisille, joka kattaa asiakkaat iässä 18–64. Kuitenkin tutkimuksessamme ilmeni 26 asiakasta, jotka olivat iältään yli 65-vuotaita. Tämä kattaa 32,5 % koko aineistosta. Samalla nuorten asiakkaiden, 18–29-vuotiaiden, ikäryhmä oli aineistossa pienin kategoria ($n = 9$). Ryhmän pieni koko korreloi nuorten asiakkaiden alhaisen kuntoutumisen kanssa ($n = 1$), mutta samalla nuorten vähäinen kuntoutuminen näyttäytyy mielestämme huolestuttavana kehityssuuntana. Alhainen kuntoutuminen voi viitata nuorten asiakkaiden monimuotoisiin ja pitkäkestoisiin palvelutarpeisiin sekä laajoihin haasteisiin liittyen mielenterveyteen ja päihteisiin.

Yksi suuri yksittäinen ryhmä, joka erottui frekvenssijakaumasta, oli asiakkaat ($n = 11$), jotka olivat muuttaneet omaan kotiin, mutta heistä ei ollut saatavilla tietoa muuton jälkeisestä palvelutasosta tai kotiin muuttamisen tarkemmista syistä. Vastaavaa ilmiö käy ilmi myös

Mielikäisen ja Kurosen (2025) tutkimuksessa, jossa havaittiin asiakasryhmä, joiden palveluista poistumisen syyt eivät olleet tarkemmin tiedossa. Güntherin & Rannan (2019) tutkimus nostaa myös esille, kuinka monella mielenterveys- ja päihdekuntoutujalla on riski jäädä palveluiden ulkopuolelle. Tulevaisuudessa olisi hyvä yrittää tarkemmin selvittää, mihin ”ihmiset ovat hävinneet”, koska ilmiö vaikeuttaa palvelupolkujen tarkastelua ja kuntoutumisen onnistumisen analysointia. Ajattelemme hyväksi sen, etteivät asiakkaat olisi ”ei tietoa” olevassa kategoriassa, mikäli todellisuudessa he ovat kuntoutuneet niin hyvin, etteivät tarvitse enää palveluita. Samalla ”ei tietoa” -ryhmä voi sisältää asiakkaita, jotka ovat pudonneet yhteiskunnan palveluista, eivätkä siten nouse esiin tilastoissa, vaan jäävät niiden marginaaleihin.

Näkökulmamme palveluista poistumisen syistä, yhdistyy myös yhteen tutkimuksemme kehitysehdotukseen: tulevaisuudessa olisi hyvä tuoda esille, onko palveluissa asiakkaita, jotka ovat keskeyttäneet asiakkuuden omasta tahdosta. Tuomaala (2017) onkin korostanut tutkimuksessaan, että asumisyksiköiden valinnanvapaus sekä itsemääräämisoikeus näyttäytyy ehdollisena ja rajattuna. Tärkeää olisikin, että tilastoissa olisi olemassa vaihtoehto, jossa todetaan, että asiakas on päättänyt asiakkuuden omasta tahdostaan. Tämä vastaisi myös asiakaslain (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000) mukaista toimintaa, jolla pyritään takaamaan asiakkaan mahdollisuus saada oma äänensä kuuluviin sekä vaikuttaa omaan palvelupolkuunsa.

Näkemyksemme mukaan tutkimuksesta saadut tulokset voivat auttaa Päijät-Hämeen hyvinvointialuetta kehittämään psykososiaalisen asumispalveluiden palvelutasoihin liittyviä kulkujia jatkossa enemmän tehokkaimmiksi asiakkaiden ikä sekä tuen ja palvelun tarve huomioiden. Tutkimustulokset osoittivat myös suurimman osan asiakkaista kuntoutuvan, joka indikoi myös siihen, että palvelut pääosin saavuttavat tavoitteensa. Tulevaisuudessa tutkimusmateriaalin keräämistä voisi kehittää enemmän numeraaliseen muotoon, joka parantaisi materiaalin käytettävyyttä tilastollisessa analyysissä.

Pohdimme, että olisi hyödyllistä tehdä sama tutkimus uudestaan esimerkiksi viiden vuoden kuluttua, jotta dataa olisi enemmän, jolloin saataisiin tarkempaa ja laajempaa analyysiä tutkimusaiheesta. Kun dataa olisi enemmän, tuloksia voisi enemmän yleistää muuhun tutkimukseen ja sosiaalityön käytäntöön ja rakenteisiin. Meidän tutkimuksemme tulokset eivät ole pienen aineistomäärän takia yleistettävissä, mutta tulokset voivat kuitenkin antaa osviittaa psykososiaalisten kuntoutumisten poluista. Aineiston suhteellisen pieni laajuus näkyi muun muassa siinä, että analyysin tuloksissa oli paljon tyhjiä soluja ja pieniä kategorioita. Myös aineiston aikaväli oli lyhyt, eikä sitä sen takia voi yleistää tuloksiin. Olisikin mielenkiintoista

tutkia psykososiaalisen kuntoutuksen asumispalveluiden asiakkaiden kuntoutumispolkua pidemmältä aikaväliltä, jotta olisi mahdollista tarkastella onko kuntoutumisessa tapahtunut muutoksia, sekä onko niillä yhteyttä yhteiskunnallisiin muutoksiin. Aineiston pienuuden ja lyhyen aikavälin lisäksi haastetta tutkimukseen toi myös valmiiksi saatu materiaali. Valmis materiaali asetti tiukkoja reunaehdoja siihen, mitä oli ylipäänsä mahdollista tutkia kyseisestä aiheesta sekä mitä tietoja materiaalista oli mahdollista saada.

Tulevaisuudessa olisi mielenkiintoista ja hyödyllistä tehdä laajempi tutkimus psykososiaalisen kuntoutuksen asiakkaiden kuntoutumispoluista, missä tarkasteltaisiin asiakkaiden kuntoutumispolkua alusta loppuun. Tällöin olisi mahdollista tutkia tarkemmin minkälaisia kuntoutumispolkua mielenterveys- ja päihdekuntoutujilla on, ja voisiko niistä löytyä jokin rakenteellinen piirre, joka edistää tai vaikeuttaa asiakkaiden kuntoutumista. Aiemmissä tutkimuksissa on noussut esille, että mielenterveyskuntoutujat usein jumittuvat samoihin palveluihin pitkäksi ajaksi, kun taas päihdekuntoutujien palvelupolku on katkonaisempi sekä koostuu lyhyimmistä hoito- ja palvelujaksoista (ks. Wahlbeck ym. 2017; Laitinen & Niskala 2017). Tämä kehitysidean myötä olisi myös mahdollista kehittää asiakaslähtöisempiä palvelupolkuja, jotka vastaisivat asiakkaiden tarpeisiin entistä paremmin. Mielenkiintoista olisikin jatkossa selvittää, onko tähän tapahtunut muutoksia ja syitä sille. Vaihtoehtoisesti voisi myös tutkia, miksi muutosta ei ole tapahtunut sekä mitä asialle voisi tehdä, jotta palvelujärjestelmä olisi paremmin linjassa asiakkaiden tarpeiden kanssa. Tässä tutkimuksessa tutkimme vain psykososiaalisen kuntoutuksen asumispalveluiden asiakkaiden kuntoutumispolkujen loppuosaa, jonka vuoksi emme saa tietoa esimerkiksi siitä, miten pitkään asiakkaat ovat olleet psykososiaalisen kuntoutuksen asumispalveluiden piirissä ennen heidän asiakkuutensa päättymistä kuntoutuksen tai muun syyn seurauksena.

Tulevaisuudessa olisi hyödyllistä tehdä tarkempaa tutkimusta psykososiaalisten asumispalveluiden tukipalveluihin liittyvistä siirtymistä. Myös sosiaalityön yliopisto-opinnoissa voisi tulevaisuudessa syventyä tarkemmin myös kvantitatiivisiin tutkimusmenetelmiin, niiden antaessa tärkeää dataa palveluissa ilmeneviin epäkohtiin ja kehittämistarpeisiin. Näiden tunnistamisen avulla olisi mahdollista laajentaa sosiaalityön ytimessä olevaa yhteiskunnallista vaikuttamista myös sosiaalipoliittisella tasolla ja implikoida paremmiksi koetut rakenteet myös sosiaalityön käytänteisiin.

Lähteet

- Agresti, A., & Kateri, M. (2021). *Foundations of statistics for data scientists: with R and Python* (1. painos.). CRC Press.
- Duodecim Terveyskirjasto. (2016). Sairaudet ja Hoito. Lääketieteen sanasto. Psykososiaalinen. Noudettu 30.09.2025 osoitteesta <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt02788>
- Granfelt, R. (2022). Asumissosiaalinen työ marginalisaation vastaisena psykososiaalisena ja suhdeperustaisena työnä. Teoksessa Jokinen, A., Raitakari, S., & Ranta, J. (toim.), *Sosiaalityö yhteiskunnan marginaaleissa: Konstruktionistisia jäsenyyksiä*. (s.233–267). Vastapaino.
- Granfelt, R., & Kiuru, H. (2023). Psykososiaalinen käsitteenä ja haavoittuvien elämäntietojen kehyksenä. *Janus Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti*, 31(2), 163–181. <https://journal.fi/janus/article/view/115482/79095>
- Günther, K., & Ranta, J. (2019). Mielenterveys- ja päihdekuntoutujan palvelusiirtymät: asumisyksikön työntekijöiden neuvottelut asiakkaiden muuttuvista palvelutarpeista. Teoksessa A. Pehkonen, T. Kekoni, & K. Kuusisto (toim.), *Oikeus päihdehuoltoon* (Sivut 219–252). Vastapaino.
- Heikkilä, M., & Suoninen-Erhiö, L. (26.9.2024). *Sote-uudistuksen seurantakatsaus II: lokakuu 2024*. Huoltaja-säätiö. Noudettu 6.10.2025 osoitteesta <https://www.huoltaja-saatio.fi/wp-content/uploads/2024/10/Seurantakatsaus2024.pdf>
- Heikkilä, T. (2014). *Tilastollinen tutkimus*. [9. uudistettu painos]. Edita.
- Helsingin Yliopisto. (i.a). *Vastuullinen tiede – Avoin tiede*. Noudettu 20.10.2025 osoitteesta <https://www.helsinki.fi/fi/tutkimus/vastuullinen-tiede/avoin-tiede>
- Hurjala, A., & Lammintakanen J. (2018). Paljon sote-palveluja tarvitsevat ihmiset keskiöön. *Kunnallisan alan kehittämissäätiön julkaisu*, 12, 2018. <https://kaks.fi/wp-content/uploads/2018/01/paljon-sote-palveluita-tarvitset-ihmiset-keskioon.pdf>
- Joubert, L. B., & Webber, M. (toim.). (2020). *The Routledge handbook of social work practice research* (1. painos). Routledge.
- Juhila, K. (2018). *Aika, paikka ja sosiaalityö*. Vastapaino.
- Juhila, K., Hall, C., Günther, K., Raitakari, S., & Saario, S. (2015). Accepting and Negotiating Service Users' Choices in Mental Health Transition Meetings. *Social Policy & Administration*, 49(5), 612–630. <https://doi.org/10.1111/spol.12082>
- Jurvansuu, S., Tourunen, J., & Heinonen T. (2024). Järjestötyöntekijät näkevät aineriippuvuudet leimaavampina kuin toiminnalliset riippuvuudet. A-klinikkasäätiö. Noudettu 13.09.2025 osoitteesta <https://a-klinikkasaatio.fi/uutiset/mipa-kysely-stigma/>
- Kananoja, A. (2024). Sosiaalinen kuntoutus ja sosiaalihuollon uudistuksen suunta. *Kuntoutus*, 35(4), 35–40. <https://journal.fi/kuntoutus/article/view/147270>
- Koivisto, J., & Tiirinki, H. (2020). *Monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen sosiaali-, terveys- ja työvoimapaalveluissa*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan

- julkaisusarja 2020:38. Valtioneuvoston kanslia.
https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162382/VNTEAS_2020_38.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Laisi, S. (2021). *Asunnottoman ja mielenterveyskuntoutujan institutionaaliset kategoriat asiakkuuden ehtoina*. [Pro-Gradu tutkielma, Helsingin yliopisto]. Helda.
<http://hdl.handle.net/10138/336034>
- Lindh, J. & Hautala, S. (2022). Sosiaalinen kuntoutuksen käsitteellisiä ulottuvuuksia. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A.-L., Rajavaara, M., Melkas, S., & Aalto, A.-M. (toim.), *Kuntoutuminen*. Kustannus Oy Duodecim.
- Markkula, J. (2025). Perusta huojuu, paine kasvaa. Suomen ASH ry. Noudettu 15.09.2025 osoitteesta <https://suomenash.fi/asiantuntijan-aani/perusta-huojuu-paine-kasvaa/>
- Mielikäinen, L. & Kuronen, R. (2025) *Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2024: Lääkäiden ja kehitysvammaisten laitospalvelun asiakasmäärä edelleen laskussa*. Tilastoraportti 30/2025, 14.05.2024. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2025051341581>
- Nummenmaa, L. (2021). *Tilastotieteen käsikirja*. Tammi.
- Olsén, J. (2015). *Statistik för läkare och läkarstudenter* (1. painos). Uppsala universitet.
- Parikka, S., Holm, M., Suvisaari, J., Lahti, J., Reinikainen, J., Tolonen, H., & Lundqvist, A. (2025). Past trends and future projections of psychological distress among general population in Finland. *BMJ public health*, 3(2), e002026.
<https://doi.org/10.1136/bmjph-2024-002026>
- Päijät-Hämeen hyvinvointialue (2025a). *Organisaatiokaavio*. Saatavilla: https://pajjatha.fi/wp-content/uploads/2025/07/250701_Organisaatiokaavio.pdf
- Päijät-Hämeen hyvinvointialue (2025b). *Kotiin vietävät palvelut, prosessi- ja palvelukuvaus*. [Julkaisematon materiaali].
- Raitakari S. & Günther K. (2015). Mielenterveysasiakkaan asema portaikkomallin ja asunto ensin-mallinasumispoluilla. *Janus Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti*, 23(1). <https://journal.fi/janus/article/view/51243>
- Rissanen, P., Jurvansuu, S., & Jalava, J. (2026). Mistä tukea mielenterveysongelmiin? Suomalaisten luottamus viralliseen ja epäviralliseen apuun. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*.
- Räsänen, R. (2018). Sosiaalisen kuntoutuksen käsite ja kehitysvaiheet. Teoksessa Lindh, J., Härkäpää, K. & Kostamo-Pääkkö, K. (toim.), *Sosiaalinen kuntoutuksessa* (s. 19–38). Lapland University Press.
- Salo, M. (2019). *Hullut mielenterveysmarkkinat: kuinka korjata kurjistuneet mielenterveyspalvelut?* Vastapaino.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (28.5.2024) *Sosiaalihuoltolain soveltamisopas 2024*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2024:13. Saatavilla. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-7155-4>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (12.2.2024). *Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus (sote-uudistus)*. Saatavilla. <https://stm.fi/soteuudistus>

- Sotkanet (2024). *Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen asiakkaat 2014–2024*. Tilasto- ja indikaattoripankki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Noudettu 10.11.2025 osoitteesta https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s_b0iTcDAA==®ion=s07MBAA=&year=sy5zs07S0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.1.5&buildTimestamp=202505220800
- TENK (2023). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. (Tutkimukseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023). Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Helsinki. Noudettu 4.10.2025 osoitteesta https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf
- Tuomaala V. (2018). Vapaasti valittua elämää? Asiakkaiden toimivuus asunto-ensinpalveluissa. *Sosiologia*, 55(1), 45–64. <https://journal.fi/sosiologia/article/view/124336>
- Tuomisto, N., Ekqvist, E., & Raitakari, S. (2022). Toipumisorientaation merkityksellistyminen toivon diskursseina psyykkisesti sairastuneiden nuorten haastattelupuheessa. *Janus Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti*, 30(2), 107–123. <https://journal.fi/janus/article/view/109982/71149>
- Töttö, P. (2025). *Tilastomenetelmiä yhteiskuntatieteilijöille*. Vastapaino.
- Viertiö S, Kuusisaari K, Partanen A, Heiskanen M, Laitinen A-M, Grainger M., & Suvisaari J. (2023). Asiakaskokemukset mielenterveys- ja päihdepalveluissa: kohtaaminen osataan, mutta tiedon antamisessa on kehitettävää. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 139(20), 1651–60. <http://hdl.handle.net/10138/593467>
- Väyrynen, R., Terveyden ja hyvinvoinnin laitos., & Kuronen, R. (2014). *Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2013 = Institutionsvård och boendeservice inom socialvården 2013 = Institutional care and housing services in social care 2013*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2014111246228>
- Wahlbeck, K., Sailas, E., Haaramo, P., Vastamäki, M., & Joffe, G. (2017). Muutokset aikuisten ympärivuorokautisissa mielenterveyspalveluissa HUS-alueella 2012–2014. *Suomen lääkirlehti*, 72(22), 1429–1434. <http://hdl.handle.net/10138/297873>

Lait

- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 28.9.2000/812. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2000/812>
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/1990/1116>
- Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/1986/41>
- Sosiaalihuoltolaki 31.12.2014/1301. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2014/1301>
- Terveydenhuoltolaki 31.12.2010/1326. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2010/1326>